

« دکتر توشی برهن »

روماتولوژی (خلاصه در خلاصه)

Cecil 2016 / Harrison 2015

صفحه	عنوان	صفحه	عنوان
۵۴	۱۵ - رویکرد به اختلالات عملکردی اسکلتی	۲	۱. لوپوس اریتماتوسیتیک (SLE)
۵۸	۱۶ - استئوآرتریت	۸	۲. آرتریت روماتوئید
۵۹	۱۷ - دزدکردن و درد کردن	۱۵	۳. اسپوندیلوآرتروپاتی
۶۴	۱۸ - آرتریت باکتریال حاد	۲۰	۴. آرکلوئید سیتیک
		۲۵	۵. واکسولیت
		۳۰	۶. نفوس
		۳۵	۷. میوپاتی های التهابی ایدیوپاتیک
		۳۷	۸. سندرم آنتی فسفولیپید
		۳۹	۹. سندرم شوگرن
		۴۱	۱۰. استئوپروز
		۴۶	۱۱. ریکتز - استئومالاسی
		۴۷	۱۲. اختلالات کلیم و صفر
		۵۲	۱۳. یاژه
		۵۳	۱۴. اختلالات پرمی آرتیکولر

تعییرات معیار SLE در سیسل بر اساس (SLICC 2012)

معیارهای SLICC از ۱۱ معیار بالینی و ۶ معیار ایمونولوژیک تشکیل شده است و برای تشخیص SLE باید ۴ معیار وجود داشته باشد که حداقل یکی از آن ۶ معیار ایمونولوژیک باشد، تعریف لوبوسمی انباشت شده توسط لوبوسمی همراه با مثبت بودن ANA یا Anti-dsDNA نیز برای تشخیص کافی است.

لوبوسمی پوستی مزمن			لوبوسمی پوستی حاد								
A	B	C	D	P	O	L	T	I	K		
آرتروزیت	باقرنلای راش حساسیت به نور/آفتاب	CNS سایکوز/تشنج	DLE (اسکله دانه‌ای دارد)	پلوریت/پریکاردیت	Oral - ulcers لوبوسمی (آلوپسی) non - erosive		آکنه خروار تورم پوستی لکونی (لشونی)	ANA Anti - Sm Anti - ds APA گرمی و کپک‌ها	لکه میز نورین بر روی دروازه تیپ ۴، بیچاره		

A : آرتروزیت ناان اوزویو

(سینل به جای لفظ آرتروزیت از کلمه سینوویت استفاده کرد. است)

درگیری حداقل ۲ مفاصل همراه با تورم و اندرین را داشته باشد

تا کیسید سینل به خشکی مفاصلی به مدت حداقل ۳ دقیقه است

در مورد غیر التهابی بودن آرتروزیت در کراتین یا مسمی نگردد. است (احتمالاً از لفظ ایشان این

سکله لوبوسمی منفی را پس دیوس می کند اظهاری من اشن بود. است (C)

وقت نیم آرتروزیت با آرتروزیت متناوب است

B : باقرنلای راش (راش مالار) = (لیم Fix بدون درگیری چین نا زو بال است)

سینل به جای این لفظ از لفظ کلی تر لوبوسمی حاد پوستی استفاده کرد. است و از

طرفی دیگر حساسیت به نور که قبلاً یک کراتین یا میز بود را بدون خود برده است

[در راه تبلی سلطان با نادر Light photosensitive بود که جای خود را به لوبوسمی (آلوپسی)

داد. است که در ادامه گفته خواهد شد]

لوبوسمی حاد پوستی شامل موارد زیر است :

- * لوبوسمی مالار راش (non discoid)
- * فتو سانسیتو لوبوسمی راش (بدون درماتو میوزیت)
- * مالکول یا بول لوبوسمی راش
- * لوبوسمی تحت حاد پوستی
- * TEN (دارایی از لوبوسمی)
- * بولوس لوبوسمی

C : CNS (سایکوز و تشنج)

D : دیگولید راش سابق که موجب اسکله آرتروزیت (دانه‌ای) می شد

طبق طبقه بندی جدید با قیتم کل تر لوبوسمی مزمن پوستی مطرح شده است که علاوه بر

دیگولید راش موارد زیر را هم جز طبقه بندی خود دارد :

۱) دیگولید راش کلاسیک که خود شامل شکل لوکالیزه و ژنرالیزه است

۲) chillblain LE

۳) paniculit LE

۴) hypertrophic LE

۵) Tumid LE

۶) discoid lupus / lichen planus overlap

۷) Mucosal lupus ← وقت نیم درگیری Oral آندر کراتین یا

پراعمت است که از سایر درگیری های مخاطی جدا شده است

P : پلوریت / پریکاردیت (هشتر همان درگیری سروز (سروزیت) است)

✓ اشیون پلور یا پریکارد ببلاده سیندن (Pleural or pericardial rub) راب (ببلاده

در پلور یا پریکارد برای بیش از یک روز

[در زمانی از پلوریت و پریکاردیت باید بیش از یک روز باشد، سینل روی این نکته تاکید

کرد. است در کراتین یا مسمی از Duration در درینور]

O : Oral ulcers (وقت نیم درگیری دهانی مخاط اعمیت آن از سایر مخاط جدا شده)

کلاً این زخم ها چون و تری خاصی ندارد (لشونی هم می تواند در رنگ باشد هم بدون در) باید به صورت

R/O به آن برسیم یعنی اگر بهجت نبود، reactive آرتروزیت نبود، گردن نبود. می دانیم که برای

گردن می تواند سر اسر GI را درگیر کند، تشخیص همیشه

L : لوبوسمی (آلوپسی)

[قبلاً در این جاگاه غاب Light photosensitive قرار داشت که هم اکنون خود او زیر مجموعه ای

از وقت باقرنلای راش شده است]

وقت نیم آلوپسی از نوع (non - scarring) می باشد و علت دیگری هم ندارد

T : Three رده خونی درگیر است (ترومبوسیتونی / آکنه همیگت / لکونی)

قبلاً ترومبوسیتونی بعنوان نمائنده اختلال همولوژیک در نظمی گرمش امحالا افت هولام

از رده ها که به واسطه ی Syz اتواسیون آنتی باری (از نوع گرم) ضد آن ها ساخته شده

امتیاز حیاتی برای هر رده قابل هستیم

منظور از T در اینجا Three مورد است :

آکنه (از نوع همیگت) : چون به واسطه حطر Ab ایجاد شده است

ترومبوسیتونی : (زیر صد هزار)

لکونی : (زیر ۴ هزار) [لشونی زیر هزار] لوبوسمی لکونی !

✓ وقت نیم ماب رده امتیاز می دهیم یعنی افت رده WBC یک امتیاز می برد، افت رده Rbc

یک امتیاز می برد، افت رده پلاکت یک امتیاز می برد

I : اشیون آنتی باری : طبق قانون جدید یکی از ۴ امتیاز ها باید مربوط به این تحت باشد

عمده تغییرات که البته در حد اضافی شدن ۲ مورد جدید (کپیکان و گرمی) می باشد، البته

ANA که قبلاً خود یک امتیاز میز داشت و در راه تبلی سلطان در کنار آرتروزیت مطرح می کردیم به

این تحت منتقل شد البته مثل قبل یک امتیاز دارد

آنتی باری ضدهمه : ANA (۱) / Anti ds (۱) / Anti sm (۱)

آنتی باری ضد غشای فسفولید (APA) که شامل آنتی های سندرم APS است کلاً ۱ امتیاز دارد

کپیکان کاهش یافته (۱) / که هم مستقیم مثبت (۱)

ہاینت ، ہیاترنگال ، اسلینوگال ، واسکویت نرارتت ، کھاش نگر رتگا لوارش

Spleen → SLE → Enlargement
↓
Liver → Enlargement

۱۱۔ نظائرِ حبشی :

کمر تو کز نرد و غنوت سگیابی نامش از سبدم شوگون ماندیدش لعلترین نظامر حسنی

15LE

۱۳. بسم الله الرحمن الرحيم:

● مافہ ہاں اراشاگھی :

۱- تقریباً تمام بیمارانی که SLE (۹۵٪)، Ab های مدهد در این بافت
من شدید

راه: LORA شعور مردم و لایزال لایزال بیدار شده سرشد
Anti La, RO شگون لایزال لایزال حق حار لایزال لایزال

ج. برخی از روش های بازنظارت مابین خاص بهایک سبزه هستند؛ به عنوان مثال،
بین است مای های ضد dsDNA و ترتیب لایس ارتباط وجود دارد.

تقریب به توای دیای دورو
توقت لبوس دورشته ای

نکته سوم: انداختن مارک ها (برخی ها) برای هیچ یک از بارها ها مورد این تشخیص نیستند و موردان ها مایل به بهره و منفعت این بار تقسیم شود.

تست پیش کاروزی شهرود ۸۶ :

۲۵ خانم ۲۵ ساله ای مادر در قرنیه فواصل ، تب سابقه دیوار شش ، تب سه ماه گذشته در اجنه کرده
است . کدام یک از آزمایشات زیر در تشخیص احتمالی این بیمار از انحصاریت بستر

برخوردار است؟ (الف) ANA (ب) C-ANCA (ج) P-ANCA (د) DS-DNA

توضیحات :

۲۔ حالہ برش : از تہ ثابت روی بر جہنگی مالار، بدون زرگری حین نافذ الاماں

۲- اختلال CNS: تشنج غراری یا تشنج بدون بیماری متابولیک شناخته شده (ایدیوپاتی)

کتواسیدوز، اعتلال الکترولیت (یا کمزور غیر الکترولیت یا کمزور الیٹریٹ بیماری)
خارکیک شہ خہ شہ (اورس)، کتواسیدوز، اعتلال الکترولیت

۴- راش اسکالید: بهنج های پرست از تمام نور جبهه به همراه پوسته های کنونی و تک جبهه
(DLE) Follicular Plugging: سکن است اککارا تر تک در فضالت
اککارا تر

۵- سروریت : پلوریت است تبه قطعی در پلوریتیک یا یاں سمجندہ لسطہ نرنگ
یا افزون پلوریاں یا پرکاردیت (نامید لسطہ ECG یا یاں بانوزول
سرکار)

۶. زخم‌دهان : زخم‌های دهان و بازو و کتف، معمولاً درون در، در وقت تویض پزشک

۷- حساسیت به نور: ذکر ساقه راش نر پس از پیچ کردنش غریب‌ترین تاپس با نور آفتاب توسط
بیلار مشاهده توسط نر تک.

۸- احتمال خون: آئین خونی یک به سه روز رنگ گوناگون از مالکوبنی (کمتر از ۴۰۰۰) در

✓ دوبار (ماسترا) از زبانی القوی (کمر از ۱۵۰۰) در دوبار (ماسترا)

انزالی یا ترمیم سیدنی (کتر از ۱۰۰,۰۰۰)، بدون وجود دارایی که

این حالت را می‌ارکند:

۹۔ احتلال امین : Anti-ds DNA : اینٹنارڈ فڈ Native DNA کا تہرہ ملے گی ①

Anti-Sm: آنتی سماری ضد انسولین Sm هسته ای (یابست)

شدن آتش باری خد فتنه لیسید بر اساک (۱) سلج سس عمر طبعی

IgM ، IgG ، آنس کار (پولسین) (۲) از من مثبت

از نظر آنتی کوگولان فیبرینی با استفاده از روش استاندارد (۳) آزمون

است و در طرح FTA-ABS و TPI تأیید شده است

۱- اختلال کلیوی : پروتئینوزی با مقدار بیش از ۵/۱۰۰ گرم در روز یا بیش از (۳+) در صورت عدم ازتایی (یا باکت سدن : کشت RBC ، Hb ، گلوکز ، قند برای قند مختلط .

۱۱- آرتروز : آرتروز غیر اینفرمیک یا چند مفصلی مطلقاً در کنار هم نباشد و یا تدریجی ، تورم یا انحراف مشخص نشود .
نکته : بیماری باید حداقل ۲ مورد از معیارهای فوق را (همزمان یا پشت سر هم) داشته باشد .

● قانون ۲ بار در SLE :

- ۱- ۲ بار ANA مثبت شود ، SLE در سوال می رود .
- ۲- آرتروز باید حداقل در ۲ مفصل مطلقاً باشد .
- ۳- گلوکز و پروتئین حداقل ۲ بار باید شود .

نکته :

در SLE کدامیک از موارد زیر می تواند دسیت ؟
۱- سکلروز ۲- پرکاری تیروئید ۳- $PH < 7.35$ ۴- این بیماری مزمن

توضیح : این موارد با یکدیگر استند معیار است .

تست دستیاری اسفند ۸۹ :

خانم ۲۵ ساله با آرتروز حاد و تب مکرر ، در معاینه اینم که دارد در معاینه بدون در دراز دراز ، در درازش ها : $WBC = 3500$ $Hb = 9$ $PH = 7.5000$
 $ESR = 75$ $CR = 1.5$ $UA = 3+$ Protein , Granular , Cast = 2 ,
 $RBC = 10-15$ $FANA = 1/1280$ (+) $Anti dsDNA : 100$ (40-70)
 $Lupus anti coagulant = Positive$

این بیماری جدید معیار تشخیص برای لوپوس سیستمیک را دارد ؟

- الف) نه ب) پنج
ج) شش د) هفت

● انواع :

- ۱- نوعی از بیماری است که علائم حاد و علائم نظامی بافت بافتی و بافتی را در یک بیمار دارد .
- ۲- بیماری مطلقاً بافت حاد و بافتی نیست SLE ، اسکاردور و دیروزیت و وجود تیروئید
- ۳- این بیماری در است برای سیر بیماری خود سر بر بند و در نهایت در بزرگی اختلال ایمنی خاص مبتلا می شوند .

● دهان :

- برای لوپوس دهان قطعی وجود ندارد .
- در تمام بیماران ، این زای برای مواردی چون اسکلریت و میوژنیک توصیف می شود .

راه : لوپوس + فلوئوس + میوژنیک

۱- گلوکز و پروتئین ها :

گلوکز و پروتئین ها ، داروهای ضد التهابی امین و از جمله متوترکس در این حالت لوپوس به شمار می روند .

- از گلوکز و پروتئین ها برای درمان قوای نظامی لوپوس در روزهای مختلف استفاده می شود .
- SLE بیماری مزمن است . استاندارد دراز مدت از کورتون های توانمند است .
- این عوارض همگی حاد ، DM ، تیرئوئید اسکروز ، استئوپوروز ، AVN ، کلاراکت و از این خطرات عوارض می شوند .
- برای پیشگیری از عوارض کورتیکواستروئیدها با دوزهای تنظیم شده باید سرک کرده این دوز را کاهش و در استروئیدها دوز کمتری بهتر می باشد .
- نکته : برای درمان آرتروز حاد می توان از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی استفاده کرد .

۲- داروهای ضد مالاریا : (هیدوکسی کلروکین و کلروکین) :

از جمله درمان های متوتر SLE هستند بویژه در موارد زیر مفید واقع می شوند .
• خشکی • آرتروز حاد • قطعات پوستی خاص

راه : داروهای ضد مالاریا را در مالاریا راش می هم .
malasse آرتروز قطعات پوستی

نکته : از این داروها در درمان بیماری مزمن استفاده می شود .

نکته : مصرف این داروها در دوران حاملگی بدون خطر است .

- شدیدترین عارضه جانبی این داروها ، توکسیته شبکیه است که بسیار نادر است .

• از جمله عوارض خطرات برای ایمنی عارضه می توان به موارد زیر اشاره کرد :

- در زمان بیش از ۵ سال / بیماری کبدی یا کلیوی / سن بالای ۶۰ سال /
- روز بیش از ۲۵۰۰۰ / حاد
- در بیماران باید عارضه چشمی به روشی باید و سالانه به سیر از برای معاینه ای انجام شود .

● دستیاری اسفند ۸۷ :

خانم ۲۰ ساله ای که بلی آرتروز ، راش حلقی ، لوپوس دت داشته است در سیر بیماری دچار آرمین همونیک گلوکز + ، فوت و رتخ شده است . استفاده از داروی هیدوکسی کلروکین برای کنترل کدامیک از علائم این بیماری توصیه شده است ؟
الف) تیرت ب) راش حلقی
ج) آرمین همونیک د) درگیری سیستم عصب مرکزی

۳- داروهای ضد ایمنی : (آزاتیوپرین / متوترکات / مگلوپولات / موفیل / سیکلوفناید) :

۱) آزانوئوپرین :
بیماران مبتلا به SLE ، از آزانوئوپرین و متوترکات زمان استفاده می شود که گلوکز و پروتئین ها به تجمعی به طریقی کامل متوترکات می شوند و یا نیاز به کاهش دوز استروئید وجود دارد .

عوارض: سستی/افزایش احتمال ابتلا به عفونت

نکته: در دوران بارداری می توان از زائوسین برای درمان لوپوس شدید اعضاء داخلی

بیشتر نفوذ استاده کرد.
(تا) متورمات: از تاتوین - راه از تاتوین دارد
بیشتر در دوران اکتیو التهاب لوپوس متورمات می شود.

عوارض: سستی/عفونت/احتلال مفاصل/کبد/لوپوس/تپش/سستی

نکته: اگر در حاکم متورمات تراژدی است، باید ۳ تا ۶ ماه پیش از بارداری مصرف آن متوقف شود.

نکته: در دوران که متورمات در زائوسین می کشد، باید ماهانه مونیتورینگ از عملکرد ای انجام شود.

(C) میکونولاز موفیل: نوعی داروی سکویا که در این است که لکچر فزاینده ای در دوران لوپوس (بیشتر نفوذ لوپوس) از آن استفاده می شود.

میکونولاز موفیل سترلوپین را در دسترس می آید و ماری کند و ماری استندار برای پیشگیری از دفع موی اعضاء توپ به شمار می رود.

میکونولاز موفیل را اندازه سکویا باید داخل وسیله در گردش نفوذ لوپوس فعال موفیل است.

عوارض: اختلالات گوارشی/کوبی

از نظر استخوان در دوران حاملگی در گرده D قرار دارد.

(d) سکویا باید: فواید داروی ضد این است که در دوران SLE یکبار می زند.
بسیار مستلزم لوپوس عصبی، نفوذ سر یا می شود و یا سکویا اعضاء داخلی اغلب با سکویا در دوران می شوند.
این دارو به شدت توکسیک است و عموماً در دست در این شکل برای یکبار می رود.

نکته: تروپ اهل دردی و ماهانه سکویا باید در کاهش سرعت پیشرفت نفوذ لوپوس به سمت ESRD متورم است.

عوارض: حاد: پان سیتی/آلوپسی/مکونولاز/سستی/جوزاژیک

طولانی دلت: TCC/تپش های بدیم خون/ناباوری/تپش زردی/عفونت حاد
فروست طلب

سایر موارد:

۱- IVIG: در دوران ترومبوسیتی ناشی از SLE در دسترس است فسفید کاترولیک متورم است.

۲- پلاسمافز: در TTP مانده به SLE کاربرد دارد.

۳- تجزیه ای: به کمک سس درمانی که با فزاید با ماییدین میزد سسل های نازا: در بیماری مقام در دوران های سکویا که در این امکان شده است، اما تا بزرگ می بلان می رود است.

۴- ریتوکیس: در دوران لوپوس مقام به بیماران تظاهرات خون ریزی ایمنی است.

استفاده شده است.

نکته: آسپرین با دوز پایین اغلب در بیماری که از نظر آنتی بادی های فسفید و آنتی کاردیوسین مثبت هستند، برای پیشگیری از ترومبوزیس کاربرد دارد.

" خلاصه درمان "

لوپوس خفیف ← لوپوس متوسط ← لوپوس شدید

① کورتون

- تب و درازش

تظاهرات در این حالت

② کورتون

③ - کورتون

④ - سکویا که در این

تغییر به خصوصاً میکونولاز

لوپوس مزمن، RFA، و سکویا میکونولاز

لوپوس مقام (تظاهرات خون ریزی)

حیض ملته:

۱- بیماریان باید از ضد اسهال و محافظه استفاده نمایند.

۲- حتی لامکان OCP می خورم.

۳- در زمان پدیده رمدی: پیشگیری از اسهال های کم و محافظ

استفاده از داروهای ضد اسهال می شود.

Cecil 2016: در این مورد باید به دقت در نظر گرفت.

Belimumab: در این مورد باید به دقت در نظر گرفت.

این دارو، اولین داروی ضد رمدی در زمان SLE در دسترس است.

سرکارت خاص: Antc BAFF

(inhibit B cell activating factor): حاملگی:

- در زمان سلاطین لوپوس که باید در سلاطین سلاطین جنین در زمان زودرس (PRom) برداریم و IUGR) ستر است.

- حال لوپوس پیش از زائوسین (بیشتر نفوذ، HTN و APS) از جمله عوامل خطر باز

آشکار برای ایجاد عوارض حاملگی هستند.

- خود حاملگی به سبب شود که خطر عود بیماری افزایش یابد، بیشتر اگر بیماری (فوسفا نفوذ)

قبل از زائوسین فعال باشد.

- مونیتورینگ آنتی بادی های SSA/RO و SSB/La و آنتی بادی های آنتی فسفا

سید و آنتی کاردیوسین پیش از بارداری ضروری است.

- بهترین حالت آن است که ۱ ماه پیش از بارداری زمانه در این شرایط از نظر آنتی

خاموش باشد.

- باید به بیمارهای معرفی مادر نیز توجه داشت چرا که بیشتر داروهای سکویا که در این (تورمات)

میکونولاز موفیل و سکویا می آید (تورمات) هستند.

لوپوس نوزادی:

لوپوس نوزادی نوعی اختلال نادر است که در نتیجه عبور آنتی بادی های SSA/RO و SSB/La

مادر از جفت ایجاد می شود. از جمله تظاهرات این بیماری می توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- تظاهرات تب: در دوران که در این آنتی بادی های فوق می باشند، خطر آن که

کودک دچار بزرگ مادر زادی قلب گردد، ۲/۱ تخمین زده می شود. سایر اسهال

هفته های ۱۴ تا ۳۴ حاملگی سستی بزرگ می کشد از این برای قلب جنین که کار را در این

□ **یادآوری:** لوبوس = چرخش رابین و لیس می زند؟ همه بخواب جانم ها

- مازگی گزارش شده است که خطر ایثار بدخیمی در بیماران مبتلا به لوبوس افزایش دارد.
 - بیشترین خطر بدخیمی در افزایش ۳ تا ۴ برابر است به نسبت غیر بدخیمی مربوط می شود.
 - بدخیمی های رنگر خون و کانسره های ریه و کبد، صفراوی نیز در این بیماران شایع تر است.
 - خطر ایثار بدخیمی در استخوان سیر بیماری در بیشتر حاد است، اما در تمام طول عمر بیمار این خطر وجود دارد.

- عوامل خطر در تطابق افزایش بدخیمی در بیماران لوبوس: سن بالا / استانه از انسداد / تحریک ناشی از داروهای سرکوب کننده ایمنی.

- در بیماران مبتلا به لوبوس ترکیبی عقده های لنفاوی از جمله نظایر شایع است اما اکثر بیماران بیماری لنفاویاتی مطرح نشده، حس باغچه کوچک باشد و مایکروسکوپی علامت بیماری ظاهر گردد، مایکروسکوپی در لوبوس یعنی گوب، در تمام سینه بدخیم

□ **مشکلات استخوانی:**

- در بیماران مبتلا به لوبوس احتمال پاستین لوبوس را نسبت به اصلاح استخوان، استئوپروز و شکستگی بیشتر است.
 علل:

۱. عوامل خطر از معمول: حس موفت، تراکم پست، سن بالا، وزن پاستین بدن.
۲. عوامل خطر از غیر معمول: لوبوس.
۳. حس و علائم معضلی می تواند مانع خفایت جسمانی بیمار شده، از قدرت استخوان ها را کاهش دهد.
۴. کورتون از تیره استخوان می گذارد.
۵. سکولومفااید سب ناراحتی زودرس تحریک شده، خطر استئوپروز را افزایش می دهد.
۶. تحریک ناشی از بیماری نیز می تواند سب کاهش را نسبت به اصلاح استخوان شود.
۷. پس بستری از استخوان پوز در بیماران مبتلا به لوبوس اهمیت دارد.
۸. در بیماران مبتلا به بائیسک زودرس و نیز بیماری که تحت درمان نرین کورتون هستند (شش از ۵۶۳) باید اسکالاسیو استخوان انجام شود.

سجج اوتوتی ماری های موز به لوبوس از بیمار تو فرتر

AG	ثبت رز
ANA	۹۵٪
dS DNA	۲۰-۳۰٪
Sm	۱۰-۴۴٪
RNP (URNP)	۲۵-۴۰٪
Ro (SSA)	۳۰-۴۰٪
La (SSB)	۳۸٪
فوسفید	۱۲-۲۰٪
P ریزووی	۵-۱۰٪
هستون	۲۱-۹۰٪

ایجاد شود.
 در زمان باکو و کلستریدیل نورینه (در کنار لوبوس) می تواند موثر واقع شود. با این حال تعداد قابل توجهی از کودکان مبتلا به لوبوس مازگی قلب زنده می ماند (۳/۱) و یا چهار مورد دیده می شوند و شش از ۶۰٪ نیاز به جراحی می یابند.

۲. سایر نظایر است: از جمله نظایر شایع تر لوبوس نوزادی می توان به راش های لوبوس، سترپی و صابون اسفنجی گالی است که در هر دو حالت در مدت ۶ تا ۸ ماه (دولد زیاک شدن اوتوتی ماری های مادر از جراحی خون کوچک) ناپدید می شوند.
 مازگی نوزادان مبتلا به لوبوس نوزادی الزاماً مبتلا به SLE مایکروسکوپی نیستند، با این حال در برخی از بیماران در نهایت تشخیص نوع بیماری خود را نمی راده می شود.

□ **درمان حوری:**
 به طور رسمی در کودکان مبتلا به SLE نقش داشته باشد و همین دلیل بیماری در این حالت شایع تر است. به همین دلیل در گذشته درمان لوبوس با استروئید در بیمار مبتلا به لوبوس ترس داشتند.

○ **داروهای ضد بیماری:**
 برای این مطالعات جدید که اثر استروئیدهای خوراکی سب افزایش خطر عود SLE در زنان مبتلا به SLE خفیف یا پایدار می شود.
 البته این مسأله در مورد تمام زنان مبتلا به SLE، بویژه بیماران مبتلا به بیماری فعال مایکروسکوپی و بیماری که سابقه در بیمارهای ترموژیک دارند و یا آنتی بادی آنتی فسفولیپید دارند مثبت است. صدق می کند.
 زنان مبتلا به لوبوس که به نظر حساسی فعال هستند و بویژه داروهای تروژیک دریافت می کنند نیاز به نوبت بیشتر ضد بیماری دارند.

○ **درمان حلیزین حوری:**
 موزی از زمان مبتلا به لوبوس در بیمارهای زودرس می شوند و از این رو نیاز به درمان حلیزین حوری پیدا می کند.
 آنتی رسته از بیمارهای مبتلا به لوبوس که در بیمارهای خفیف یا پایدار هستند، می تواند در بیمارهای ترموژیک ندارند و آنتی بادی ضد فسفولیپید در این حالت مثبت است و در بیمارهای خفیف تر می نیستند. HRT سب عود مایکروسکوپی می شوند. ۲۰٪ از بیماران عود خفیف با نوبت مایکروسکوپی می کنند.
 مایکروسکوپی HRT کوتاه مدت (۱ تا ۲ سال) می تواند در گروه خاص از بیمارهای مبتلا به لوبوس علائم مربوط به مایکروسکوپی را به طور موقت کرده و مایکروسکوپی را در زمان عود.

□ **بیماری قلبی عروقی:**
 در بیماران مبتلا به لوبوس احتمال ایثار لوبوس در بیمارهای کرونوژی ۵ تا ۱۰ برابر افزایش یافته است.
 - در زمان مبتلا به لوبوس به مایکروسکوپی که ۴۴ تا ۶۶ سال سن دارند، خطر ایثار ایثار کرونوژی مایکروسکوپی شش از ۵۰٪ برابر بیشتر از زمان سالم است.
 - بیماری آترواسکلروتیک قلب، علت اصلی CVD در SLE است.
 - از جمله علل این آترواسکلروز زودرس در لوبوس می توان به مایکروسکوپی های التهابی، عوامل معض لوبوس (بائیسک زودرس، درمان با کورتون، خفایت بیماری) و عوامل خطر از معمول قلبی عروقی اشاره کرد.

« لوپوس (ادرلی) »

شایعترین داردهای سب بیماری عبارتند از: پریکاشین (میدرشتهین) و هیدرالازین، ضد تشنج ها، بتا بلاکرها و AB چا داردهای ضد $TNF-\alpha$ نیز توانستند این حالت را ایجاد نمایند.

- درگیری کلیه و CNS نادر است و بیماری عمدتاً خفیف بوده و در صورت آرتريت،

سروریت و علائم سرششین باشد.
 (نکته: داروهای اسکله کم نمی آید در لوپوس لایوس SLE کلیه سروریت درگیری کند)

- Ab علیه هیستون در 90 درصد موارد (+) است. در لوپوس سکلرانت در 80-30 درصد موارد Ab ضد هیستون (+) شود.

Drug History = Drug Histony

لوپوس (ادرلی) Anti Histony

نکته: گیدان غایب است یعنی کند و Ab علیه dsDNA و Anti Sm هم نادر است.

- عمدتاً در طول دارو گرگت پذیرات می ممکن است تا چند تجربه دوره کوتاه مدت کورتون شویم.

« سندرم های Overlap »

شماره ای که اگر اختلالی یک بیماری برین مشهور می شود و این را در آنجا می بینیم یا با چند بیماری وجود دارد. اگر بیماری همیش از کراتیک با مشترک RA و SLE دراز شده باشد مثلاً:

آرتريت اروزلیو + مالاریا + ANA مثبت به آن Rheupus می گویند.
 - SLE + اسکودرین (لوپوس اسکودرین نام دارد).

- در SLE، فعالیت Th_2 در RA فعالیت Th_1 مشترک است.

بیماری مطلقاً ثابت حسد « MCTD » شامل SLE، اسکودرین و سوزیت.
 ✓ برون با تیرمالای RNP مثبت است.

- نرم رتق ترنرل آن بیماری ثابت حسد تجربه یافته است.

از جمله روش های آزمایشگاهی برای تشخیص RA ، می توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- فاکتور روماتوئید :

- فاکتور روماتوئید ، Ab های مولکول IgM ، IgG و دیگر Ab ها (ضد بخش IgG است و در ۷۰ تا ۸۰٪ موارد در RA وجود دارد اما حساسیتی بسیار پایینی است)

- RF کورت در بیماران مبتلا به SLE سندرم شوگرن ، اندوکاردیت ، ساکروئید ، بیماری های کبدی (هپاتیت B و C) و بیماری های ریهی نرمش می شود .
- ممکن است RF در بیماران با بیماری های دیگر هم دیده شود ، وجود داشته باشد (بویژه در سن بالای ۵۰ سال و افراد سیگاری) .

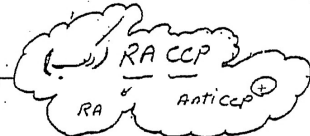
- در یک فرد خاص ، تیر RF با فعالیت بیماری مطابقت ندارد ، اما در کل بیماریان مبتلا به آرتریت ریزودارتریت یا بیماری خارج مفصلی با احتمال بیشتری تیر بالای RF دارند .
- تست رین RF سم تشخیص RA را تأیید نمی کند ، اما در بررسی بافتها برای بافتی تن چسب ، به تأیید تشخیص بافتی کمک می نماید .

۲- آنتی CCP : Anti-CCP شایع اختصاصی ترین برای RA است .

آنتی بادی های Anti-CCP از RF اختصاصی تر هستند (بیش از ۹۵٪) و حساسیت آن ها با RF (۷۰ تا ۸۰٪) است .

- این Ab ممکن است سال ها پیش از ایجاد RA بافتی (پیش از ایجاد RF) مثبت شوند در تشخیص RA در بیماران RF منفی کمک می کند . همچنین در طولین رد که وجود این Ab ها با بیماری شدیدتری همراه باشد (تسلیف تخریب مفصل در ران و گردن) پیش بینی مطلوبی است .

به تست آنتی CCP اختصاص تیر است ، می توان از وزن برای اثبات RA از دیگر شرایط RF (سندرم شوگرن ، عفونت ها و هپاتیت) استفاده کرد .



۳- تستی های RA :

- خام ۴۰ درصدی بافتی آرتریت قرصه به دست ۵۰ ساله مراجعه عموماً است . احتمال آرتریت روماتوئید برای این بیمار است .
- در بیمار فوق کدام تست زیر برای تشخیص RA ویژگی تشخیص بیشتری دارد ؟

- | | |
|--------------|------------------|
| الف) HLA-DRE | ب) HLA-DRE |
| ج) RF | د) Anti-CCP (>7) |

۴- تستی های RA :

- خام ۴۲ ساله برای مابعد خشک مچ های یک دست سینه و استلای مفاصل مچ دست ها ، PIP هر دو دست و MCP های دم در دست از ۵ سال قبل مراجعه کرده است .
- کدام یک از موارد زیر برای بیمار با تخریب بیشتری در مفاصل همراه می باشد ؟

- | | |
|-------------|-----------------------|
| الف) RF (+) | ب) ANA (+) |
| ج) ESR بالا | د) حلقه گلکوسین پاپین |

۳- واکنش زحای ماز جاد : درصورت وجود التهاب فعال ، واکنش زحای ماز جاد تغییر ESR

۴- CRP اغلب افزایش دارند ، اما برای تشخیص RA اختصاصی عمل نمی کند .
واکنش زحای ماز جاد به اتزان RA از شرایط غیر التهابی نظیر OA یا سایر بیماری های مفاصلی با این حال در ابتدا قابل توجهی از بیماران مبتلا به RA ، با وجود شواهد بافتی التهاب مفصل سطح این واکنش زحای طبیعی است .

۵- اندامی مایع مفصلی : درصورت تأیید تشخیص RA معمولاً نیاز به بررسی مایع مفصلی نیست اما در بیمار مبتلا به نالاحتی و تورم آنتاسف مفصلی ، برای رد عفونت یا آرتروپاتی کریستالین باید آرترو سنتز انجام شود .

« درمان »

- ریزنده درمان RA : مسدود کننده های واسطه ای NSAID ، استراحت و تریک کورتون کورتون شد و درصورت عدم بهبود قابل توجه بیماری از DMARDs استفاده می شود .

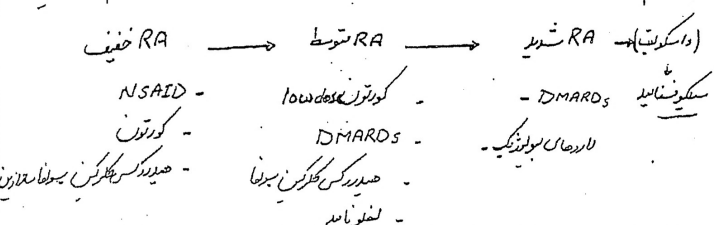
- امروزه دیگر از این روش درمان استفاده نمی شود . تنها با کنترل بیماری پیش از ایجاد تخریب قابل درشت می توان ساختار طبیعی مفصل را حفظ کرد .

- براساس مطالعات انجام شده ، تجویز DMARDs مبتدیان میسر RA به سرعت بیماری بطور مؤثرتری آهسته می شود .

- تا به این در حال حاضر اعتقاد عمومی بر این است که التهاب RA باید تا حد ممکن بطور کامل و در اسرع وقت برطرف شود .

- از جمله درمان های غیر دارویی برای RA می توان به کاهش استرس مفصل و فیزیوتراپی اشاره کرد .
از جمله روش های کاهش استرس مفصل می توان به استراحت موضعی ، کاهش وزن ، استفاده از آتل و وسایل کمک در حین راه رفتن اشاره کرد .

RA = DMARDs (از جمله داروهای زیر)



۱- NSAID :

- شایع ترین داروهای استفاده شده در درمان RA (جداول درماتیک روند بیماری) هستند .
- این داروها برای کنترل درد و التهاب مؤثر واقع می شوند و عملکرد ریزنده بیمار را بهبود می دهند .
اما مزایای روند بیماری ، بویژه تخریب مفصل آرتروئید و مبدل باز نای تا به نوبت دارد از بین ، علائم عود می کنند .
- به سرعت به التهابی در درمان RA استفاده می شود .
- اثرات ضد التهابی NSAID عموماً در بیمار Cox-2 مربوط می شود .

۲- گلکوکورتیکوئیدها :

- گلکوکورتیکوئیدها نقش مهمی در درمان RA (بویژه عود حاد بیماری) دارند .
- از گلکوکورتیکوئیدها باید در دوزهای کم تا متوسط برای مدت کوتاه استفاده کرد .

نمای این داروها که از طریق IV یا جوی تزریقی می‌شوند، گران هستند و می‌توانند

15

" نکات دودوی "

آرتريت سوريانيك AS رايتر IBD

- 1- آرتريت سوريانيك (94%)
 2- آرتريت سوريانيك (94%)
 3- آرتريت سوريانيك (94%)
 4- آرتريت سوريانيك (94%)
 5- آرتريت سوريانيك (94%)

2- يانفيس كمردد التهابي دارد يا آرتريت التهابي غير قريميه انعام قياسي (ر جلفان RA).

3- اسپوندیلوآرتریت ها = سرورگاتو (RF و ANA مثبت نیستند).

4- اس فعل در حدت HLA-B₂₇ است.

5- فعل غیر قريميه ها است.

"توليد"

اسپوندیلوآرتریت ها كروس از احداثات باس مرتبط با باكتريه هستند كه تظاهرات باس ان ها تميز از ريزگر تهابي هاي روماتيس است.

5- نوع راش باس شدي:

1- اسپوندیلیت انگیلیز (AS)

2- آرتريت واکش (سندم رايتر)

3- آرتريت تهابي هاي التهابي روده (IBD)

4- آرتريت سوريانيك

5- اسپوندیلوآرتریت تهابي تميز

6- نوع اسپوندیلوآرتریت Juvenile شبیه به AS وجود دارد كه عموماً در ريزگر ان اولاد مي يابد.

تظاهرات باس اصلي اسپوندیلوآرتریت ها:

- التهاب مفاصل ساكرو ايلىك
- التهاب ستون مهره ها
- التهاب محل اتصال تاندون ها
- التهاب كل انگشتان
- التهاب يا باي مفصل انعام قياسي

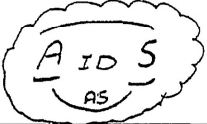
وجود رايتر تهابي شدي و التهاب چشم (يوويت قدامي يا كنز يوكيوييت) و عدم وجود تاكتر روماتيزم (RF) و نودل هاي ريزجلدي نيز شايع هستند.

"ايدئوسموري"

AS در دوران سير در زمان جوان شايع تر است، اما اين شيع بستر ممكن است شان دهده اشخص كتر بباري در زمان باشد، چرك بباري در زمان تخفيف تر است.

آرتريت واکش پس از عفونت هاي ادراري شامل كلايديا ترگو مائيس در دوران شايع تر است. (در آرتريت ناش از ريزبائري اختلاف جنيت وجود ندارد).

با افزايش شيع عفونت HIV در جايگاه بر شيع اسپوندیلوآرتریت (ببرزه نوزاد كاش و نوع هزه با سپريازيس) نيز افزوده مي شود.



" پاتوژنز "

1- HLA-B₂₇ در سديوستان 6 تا 8٪ شيع دارد، اما 10 تا 90٪ سديوستان متلا به AS و 10٪ سديوستان متلا به آرتريت واکش يا اسپوندیلوآرتریت جوانان⁺ HLA-B₂₇ هستند.

2- در بياران متلا به يوويت، اس نيز ان مي تواند بالاتر نيز باشد.

3- در ان رسته از بياران متلا به IBD با سپريازيس، كه چهار آرتريت تخيل نيز هستند، شيع HLA-B₂₇ بستر نيت، مگر ان در اسپوندیلیت وجود داشته باشد.

در حين حالتي HLA-B₂₇ در 50٪ بياران مثبت است.

4- در بياران رها (غير سدي) شيع HLA-B₂₇ تفاوت است.

"عوامل تخيل"

آرتريت واکش مي تواند در اثر عفونت هاي نيز ايجاد شود:

- عفونت هاي ادراري شامل ناز كلايديا ترگو مائيس
- اسهال ناش از شنگلا، سالمونلا، كپيلا بكتريسيينا
- عفونت باكلبيلا نيوموني

در نتيجه رسد كه عفونت هاي نيز كه نوع بايچ التهابي را برمي انگيزند.

نكته:

در بياران متلا به HIV احتمال نموده بباري سديوآرتریت سپريازيس بستر است.

"تظاهرات باس"

تظاهرات مشترك: ساكرو ايلىت، اسپوندیلیت، آرتريت، آرتريت تخيل و يوويت

• ساكرو ايلىت: مي تواند در ر خفيف رها حيه كمر و يا حيه كل نال ايجاد كند و همچنين مي تواند سب دري شدي شود.

عموماً بباري خشكي شدي مفاصل را تجربه مي كند كه گاه ساعت ها طول مي كشد و نيز پس از دوره هاي بي خشكي، چهار دري شود.

• اسپوندیلیت: مي تواند تان نواحي ستون مهره ها را در بر گيرد، اما عموماً در ابتدا ناحيه كمر را گيرد و نيز سبب خشكي هاي كمر و نيز و ترونيك را در بر گيرد.

راگرتادي كند و سبب خشكي هاي كمر و نيز و ترونيك را در بر گيرد.

با رادي: در رگرتادي مهره ها RA
 در رگرتادي باس مهره ها AS (سديوآرتریت)
 در رگرتادي مهره ها كل ناز OA

در اثر رادي ايجاد شده، مفاصل ساكرو ايلىك و ستون مهره ها در ناز و ست مي شوند. با ايجاد اتصالات استخوان در طول زمان، بيطه افزايش بايذه ان از گستره حركت ستون مهره ها و مفاصل ساكرو ايلىك كاستن مي شود.

به دنبال درگیری عصبی تواریک ستون مهره ها و در نهایت گسترش به ستون فقرات می باشد.

محدود کننده درگیری می باشد.

انتهای استخوان در ستون مهره ها به خط شکستگی می افتد.

بر اساس زوایای در امتداد استخوان می باشد.

هنگامی که انتهای استخوان در امتداد کامل شکستگی می افتد.

بمازگاسته شود.

انتریت : می تواند در زمان شکستگی مهره ها، عمل اتصال زنده ها در استروم، توپوزیته ها

اسکال، آپوزیته های ثانویه و در نهایت استیل در می رود.

انتریت محیطی : در اسپوندیلوآرتروپاتی ها، انتریت محیطی بصورت نواحی اسکال انتریت

محیطی این زوایا، به عنوان در امتداد های تحتانی در می رود.

این نوع، اثرات می تواند بیشتر کند و در نهایت گسترش می دهد.

اسپوندیلوآرتروپاتی ها می تواند به نوعی شکل در امتداد یک انگشت پا یا دست اشاره

کرد که در انگشت یا "انگشتان موسیقی شکل" نام می گیرد.

یوویت : از جمله تغییرات خارج معملی شایع اسپوندیلوآرتروپاتی ها، یوویت در

بمازگاسته که HLA-B₂₇ هستند، می باشد.

در بیماران معمولاً یوویت شروعی حاد داشته و یک چشم را درگیر می کند و با در

تقریباً چشم و تاری دید همراه است.

حالات مکرر یوویت شایع هستند.

میکن است یوویت شدید باشد و به دنبال می باشد.

یوویت قدیمی می تواند در نهایت تغییرات در ستون فقرات ایجاد کند.

که در خارج یوویت حاد می شوند، اما در نهایت اسپوندیلوآرتروپاتی ها مورد غلبه قرار می گیرد.

تست رستیری استعداد ۸۴ :

کلام یافته زیر برای تشخیص اسپوندیلوآرتروپاتی های سرد کاتولیز اهمیت کمی برخوردار است ؟

الف) محدود التهابی
ب) انتریت
ج) یوویت خلفی
د) داکتیلیت (Dactylitis)

نکته مهم :

در اسپوندیلوآرتروپاتی ها، در نهایت به وجود می آید و RF و ANA مثبت

نمیباشد (یعنی سرد کاتولیز).

نکته :

گاه اسپوندیلوآرتروپاتی ها سایر اعضا را درگیر می کند و به صورت مزمن و مزمن می شود

می شود.

انتریت : به ویژه انتریت محدودی را درگیر می کند و به AI، ریسک انتریت

می شود.

۱۶

در اختلالات حاد قلب می شود. راه : فرستاده AS می گوید (AI)

۲- فیروز رویی : ممکن است فیروز رویی در مهره ها، این عارضه معمولاً در درگیری

دارد.

راه : AS → Apical Stenosis



۳- تحت فشار قرار گرفتن قاع : قاع در اثر عمل زیری تواند تحت فشار قرار گیرد

- نیمه درشت منصف بین اطلس و اکسیپس

Cauda Equina

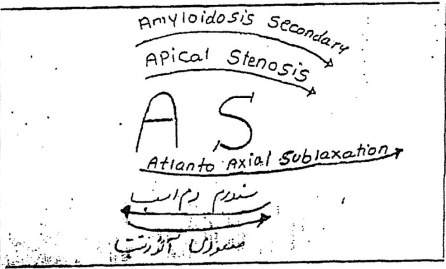
شکستگی های مهره ای

۴- اسپوندیلوآرتروپاتی : ندرت اسپوندیلوآرتروپاتی های طولانی مدت می تواند

ب ایجاد اسپوندیلوآرتروپاتی شود.

راه عالی ۱

در بخش است



تظاهرات اختصاصی :

۱- AS با اسپوندیلوآرتروپاتی

تظاهر بالینی اصلی اسپوندیلوآرتروپاتی، در التهابی ستون مهره ها است.

با گذشت زمان درگیری ستون مهره ها از مفاصل گردن و کمر به سمت بالا می رود و

تحتانی سطح را درگیر می کند. تشخیص اسپوندیلوآرتروپاتی مهره ها و مفاصل زیری،

بطور بیشتر در حرکت ستون مهره ها در دست می رود.

۱- درگیری نواحی که ستون فقرات به شکلی از قفسه سینه درگیری محدود کننده درگیری ایجاد

می شود.

۲- به سبب در دست داشتن حرکت دست و پوزیته های جسم مهره ها خطر شکستگی در مفاصل

ستون مهره ها قابل توجه است.

۳- درگیری انتریت ها و حسیات می باشد و به این نام می باشد.

۴- برای تشخیص می توان در یک رادیوگرافی در امتدادی را می بیند.

در درگیری، اسکالوز، اسکالوز

۵- یوویت قدیمی شایع است، اما انتریت، می تواند به مفاصل در

و اسپوندیلوآرتروپاتی درگیری برخوردار هستند و در مراحل پیشرفته بیماری در می شود.

تست شمر ۸۹ (پیش کاروزی)

کدام یک از توصیف های زیر با شرح حال بیمار متطابق است AS تطابق بیشتری دارد ؟

۱- انتریت : به ویژه انتریت محدودی را درگیر می کند و به AI، ریسک انتریت

می شود.

فقرات

(2) ✓

10. ازمیت و آلتس (راسر) :

راه ها: 1) writer = رانتر
2) رانتر = writer = نویسنده : نویسنده ایک دست می نویسد
3) رانتر = نویسنده : نویسنده ایک دست می دهد



۱۔ اور نتیجہ: یہ درود صرف شاہدوں میں مشہور:

اور تربت غفور در نیمه کلا میرا کہ غور سب لغات میرا
نی شدر

۱. در تربیت استیلا که روانه اعراس از برای که با اسباب
همراه است، به وجود می آید.

۲۱. نژاد و نسل و سبب: می تواند مختلف باشد.

[illegible]

کرت و دریا منور و کریم : این رس با دیوانه اسرارش شخص است که در حد درخت حار و با
شاید در حد درخت

- مالابیت سیر نیست : نوعی راش است که گلس یا بدنه است تسلسلی دراز و راگم قرار می کند
 - ضخیم شدن مخرج ها : بدین وحید Pit { شاد در ریسورازس و IBD
 - زخم های دهانی

نکته: آرتربت خوانش معرلاً بمعبرت الکو آرتربت بدین تریاید کلاسیک سندم را برتر خود را نشان مدهد. به چنین دلیل دیگران را اصطلاح سندم را برتر استاده نمی شود.

ملکیت :
 آرتریت مزمن، مایع گرد شده، واسسیناریت مزمن، HLA-B27 و عفونت کلاسیکال
 سمرقند

• رستدری ایستد ۸۸ :

آقای ۲۷ ساله ای به علت درد زانوهای مزمن مراجعه نموده است. بیمار از درد مکرر که از یک ماه قبل شروع شده است نیز شکایت دارد. با توجه به درد زانوهای مزمن و سابقه تب و لرز می‌گوید که تحت درمان قهوه‌ای بوده است. در معاینات ضایعه پوستی در کنار پای چپ و صورت ضایعه قرمز رنگ و مایل به زردی دارد. در معاینات نیز ضخم‌های متعدد دیده می‌شود. کدام یک از تشخیص‌های زیر برای بیمار محتمل‌تر است؟

الف) آرتریت سپسیدازیس ب) آرتریت باکتریایی
ج) آرتریت آنتریدیالیک د) آرتریت روماتوئید

۲. ترتیب سوپریازسی :

بہ ۵۔ صورت درمی میں دھند :

۵) درگیری شامل DTP به سبزه ایاد حفزه های ناحیه (Pitting)
۶) انگور آبزیان غیرتاریان : شامل کرمک و بزرگ و درگیری کند
۷) آرترب متبرایان : نوعی آرترب متبرایان و تخریب است.

۱۵) ملی آرتریت معقار: شش به RA است

(ع) اسپیندلیو آذربائی : ممکن است اسپیندلیت یا کاردایت به همراه هر یک از چهار الگوی دیگر روی دهند .

نکته: در بیماران که دچار اسهال نیستند، یا اگر داریت هستند، HLA-B₂₇ شیوع بیشتری دارد و این حالت در سایر الگوهای هماری مشاهده نمی شود.

در بیشتر موارد درگیری پوست یا باغض نبش از درگیری منفعلی ظاهر می شود، اما ممکن است هر دو نوع درگیری همزمان ایجاد شوند و یا حتی درگیری منفعلی نبش از درگیری پوستی ظاهر گردد.

بہ قدرت ممکن است نوری در کبریا مفعول غم را بطلان تشخیص از آرزو نیست سید را میسر از باری
کرب بقہ خان را در کشت طردہ امام بقہ ای از سید را میسر نمی دهد، ای دادگر دود.

ت : نام کوچک
 حاتم ۵۵ ساله از خشکی و در دست ها و در و زخمی مع شکایت دارد و در لاله گریزی دست ها
 پس شدن فاعده ندهای انچهان و رنگ تر شدن ندهای پرگز خالی و از موی های نهمان
 شکل و پر از موی سبیل استخوان دست پا ندهای انچهان سست و راست . محمل ترس و خجالت گرام

SLE (1) RA (4) (3) آرٹریو سکرالیک
 لوپوسس یا لوپوس DLE در بزرگی شد
 OA (5) (5) آرٹریو سکرالیک
 تخنیک عن 100 الگوی مشاورت دارد

۳۔ از ترتیب استودیو یک :

IBD، لطیف نوع با اسهال و دیارریه و آزارت حشوی همراه است.
آزارت حشوی معمولاً غیر دردزیز و الگو آزارت گلو و این نزدیک است و شست در گلو
منفصل با فعالیت روده و علامت دارد. همچنین ممکن است نوزاد بلی آزارت
منزمن تر و متغای در سالی کردنش دیده شود.

عیرا بنیدو
راہی واپس لوئیس عیب است
لوئیس

”تخص“

در اسبند علیا اردو باقی ها، نماهای زیاده از اندازه و رنگ در بندت احسان و در شریانی و آب شمس
هستند.

۱- سکر ایست : معصلاً این نشان را در کازانک اسپند بیاورد و پانی حاسا کرد و ایست ۱
 این در گرمی یا بامداد زمر مشخص می گردد :
 - اسکر روز مغامل سکر و لیدایک - لید و زین مغامل سکر و لیدایک
 - در نهایت امتحان استخوانی در مغامل سکر و لیدایک

« اسکروزستیک »

« اسکروز در ما » (2016)

« اپیدمیولوژی »

- بیماری در زنان 3 برابرش بیشتر است.
- بیماری های سنس و رادیکس کند، اما در دهه های 70 و 80 بیشتر شیوع را دارد.
- اکثری موارد خانوادگی در SSC به اندازه دیگر بیماری های روماتیسمی آشکار نیست، البته بیماری از بیماری به بیماری SSC سابقه خانوادگی بیماری خود را میسر می شود، اگر ترتیب در اوتوسید و رادیکس را نشان می دهد.
- احتمال ایجاد بیماری در دردهای تک مفرق در برخی موارد است که نشان دهنده تغییر عمده ای در شیوع در بیماری است.

« تقسیم بندی »

- SSC را بر اساس شدت و وسعت درگیری پوست به دو نوع تقسیم می کنند.
- 1- نوع پوستی محدود (Limited Cutaneous SSC (LC SSC)
- 2- نوع پوستی منتشر (Disseminated Cutaneous SSC (DC SSC)

« تظاهرات بالینی »

- 1- تظاهرات پوستی :
- در نوع پوستی محدود، افزایش ضخامت پوست محدود به اندام ها (در زیر اینج ها و زانو ها) است.
- در بیماریان متلاطم نوع منتشر درگیری انگشتان شبیه در نوع محدود است، اما بخش فوقانی بازوها، ران ها یا تنه نیز درگیر بیماری گرفتار می شوند.
- درگیری از این بیماریان افزایش ضخامت پوست محدود ندارند، اما یک یا چند مورد از تظاهرات انگشتان نیز یک SSC دیده می شود. برای توصیف این بیماریان از اصطلاح SSC sine scleroderma استفاده می شود. این نوع بیماریی رفتار شبیه در نوع پوستی محدود دارد.
- از نشانی بین دو نوع محدود و منتشر SSC هم نیست، بلکه در بیماریان متلاطم نوع منتشر احتمال ایجاد عوارضی نظیر کمربند کلیدی بیشتر است. افرادی که در نوع محدود مشکلات نظیر هیپرتانسیون ریوی شیوع بیشتری دارد.

2- پدیده رینود :

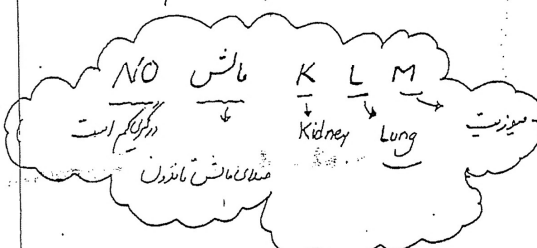
- تقریباً تمام بیماریان متلاطم SSC پدیده رینود را تجربه می کنند. پدیده رینود نوعی پاسخ سردی عروق به تناس با سرما است که با رنگ پریدگی، سیانوز و پرخونی و کاهش متعین می شود.
- ممکن است در برخی از بیماریان پدیده رینود سال ها پیش از بروز سایر تظاهرات بیماری خود را نشان دهد.

- درگیری شدید می تواند به سبب آسیب و از دست رفتن بافت فونک انگشتانی (ایجاد اسکارهای فرورفته در نوک انگشتان) زخم و بدترت گانگرن شود.
- از جمله یافته های شایع در مراحل پیشرفته بیماری می توان به وجود موبوگ ها و دولولی های قشر در دستان، صدفیت و لب ها اشاره کرد.
- زخم نوک انگشتان، در بیماریان متلاطم SSC سانسور می شود و گاهی اوقات به عنوان یک علامت در تشخیص است.

- دستپاری بهمن 88 :

- خانم 45 ساله با شکایت درد در نوک انگشتان در 6 ماه دست راست را 3 هفته قبل به طور خود به خود دچار شده و لاچکر کرده است. در معاینه، ملام حیا طبعی در زخم خشک و فرو رفته در +IP انگشتان نوک و سفت و کشیدگی پوست در سراسر اندام ها، صدفیت و قدام سینیه وجود دارد. عاید قلب و سفتی های شریانی در اندام ها طبعی است اما در کل در ثلث تناس بهر مورد بهر وسیله است. در سابقه بیماری احتمال که ایک از یافته های زیر شریانی است ؟
- الف) دردهای حاد و راجعه شکی
- ب) تغییر رنگ انتهای در مواجهه با سرما
- ج) قرقری سریع پوست در مواجهه با تاب
- د) حملات متناوب آرتروز در اندام ها

بر این راه توجه کنید: در نوع محدود مالم کلم را به دردی کنیم!



3- درگیری ریوی :

- درگیری ریوی به صورت ظاهر می شود.
- 1- بیماری با سفتی ریوی
- تعریف : ILD می تواند یکی از تظاهرات عارض SSC باشد و نیاز به تشخیص ریوی از این نظر وجود دارد.
- تظاهرات بالینی : معمولاً درگیری با سفتی بدون خلط و شریخ تدریجی تنگی نفس (در وقت ماه ها تا سال ها) خود را نشان می دهد.
- تشخیص :

- 1- در C2 با وضوح بالا تغییرات فیبروتیک در قاعده ریوی دیده می شود که می تواند بیشتر زنده باشد.
- 2- در آزمون های عملکرد ریوی کاهش FVC مشهود است.
- 3- در بررسی بافت شناسی بیشترین آلودگی قابل مشاهده، هیپرتروفی با سفتی غیر اعتدالی است.
- نکته : در بیماری که Anti-Scl-70 مثبت هستند، خطر ایجاد ILD در بیشتر موارد است.

2- هیپرتانسیون ریوی :

- تعریف : در 25-10٪ از بیماریان متلاطم SSC هیپرتانسیون ریوی غیر قابل با ILD ایجاد می شود. این عارضه در نوع محدود ریوی شیوع بیشتری دارد (در هیپرتانسیون ریوی) است.

● **کروژیکوی:**

تشخیص در درمان زودرس کروژیکوی با کمک ACE₂ بطور چشمگیری در میزان بهبودی بیمار از دوره است و بیش از آن را بهتر کرده است. باید روز ACE₂ طوریکه تنظیم شود که در خود بیمار در حد طبیعی ارتجاع کمتر از ۱۲۵/۷۵ حفظ شود.

حتی اگر بیمار مبتلا به کروژیکوی وابسته به دیالیز شود، در صورت تداوم با ACE₂ در برخی از موارد آسیب عروق کرونری ایستاده به آرامی بهبودی یابد و می توان در سال اول بعد از ایجاد کروژیکوی، دیالیز را قطع کرد.

● **بیماری بینایی بزرگ:**

تشخیص زودرس ILD انتخاب مهم است. به کمک درمان می توان مانع از تخریب ساختمان ریه و ایجاد فیروز برگشت ناپذیر شد.

مطالعه جدیدی تأثیر قابل توجه (اما متوسط) درمان اسکلیروفاوندین در یک سال نشان داده است (تأثیر در زمان بعد از یک سال قطع درمان از بین می رود).

میکونولاموت موثرترین هم درمان است.

در درجه اول انتخاب ILD بزرگ ریه می باشد.

● **هیپرتانسیون شریانی ریه:**

از جمله داروهای مؤثر برای عارضه های توان در بیمار مبتلا به این بیماری:

سکلیفانیل / Bosentan / Ambrisentan / Treprostinil / الپروستونیل

داروهای دیگر، در درمان بیمار در درجه اول اولیه و کمتر شدیدی می تواند بر روی بیش از آن تأثیر مثبت داشته باشد (توسعه یافته و امیدوارکننده جزو آنالوگ های گوناگون آندوتلیال هستند).

بیش از آن هیپرتانسیون ریه می تواند با SSC نامطلوب تر از نوع اولیه است.

● **تظاهرات قلبی:**

بیماری از برگ حاد بیماری مبتلا به SSC ناگهان است و احتمالاً در ریه های میانی می باشد.

درمانی سریع برای این است ECG در حالت استراحت طبیعی شود.

همچنین در صورتی که بیمار از پیش قلب شکایت داشته باشد، باید از داروهای آیتمی صرف کرد.

● **تظاهرات گوارشی:**

بیماری مبتلا به GERD که تقریباً در تمام بیماران مبتلا به SSC وجود دارد، می توان از PPI و اقدامات محافظه کارانه نظیر بالا بردن تخت خواب، پرهیز از الکل و کافئین استفاده کرد.

در صورت عدم درمان، از دوزاتریت ریه های میانی می تواند به سرعت منجر شود.



نکته: بالای ۱۲ می باشد و به دلیل هیپرتانسیون ریه می تواند به اسکلیروفاوندین است.

در بیمار مبتلا به اختلال حرکت شدید ریه، معده یا روده بزرگ، می توان از داروهای پیشرفته نظیر متوکلوپراید، ادرتوگاسین یا اکرتوناید استفاده کرد.

در صورت وجود رشد بیش از حد باکتری ها، استفاده از بخش از دست بزرگ های مختلف می تواند مفید واقع شود.

در درجه اول پیشرفته ریه بزرگ به همراه سوزش، ممکن است نیاز به درمان کمکی با آنتی بیوتیک

و درمان های معمول در درجه اول باشد. گامیاز در TPN می شود.

آنتی فکرها می توانند توجه در بیمار مبتلا به SSC تشخیص گذاری عرضی آنزیم را به سطح می کشد که در تمام آن می توان از فنوکلوکوالاسون با زیر استاده کرد.

بیماران مبتلا به این عارضه باید بطور مداوم از نظر آنتی فکرها می پرس شوند.

● **تظاهرات عضلانی اسکلتی:**

میوای غریضال بشرونده نیست و با فیزیوتراپی درمان می شود. در صورت شک به وجود میوایت (افزایش آنزیم های عضلانی، EMG غیر طبیعی یا شواهد التهاب در درجه اول ممکن است درمان با استروئیدها و داروهای سرکوب کننده ایمن مانند متوترکات یا آزاتیوپرین مفید واقع شود.

بیماران مبتلا به پرونوس محدود و منتشر بیماری می تواند دچار تخریب حاد در بافت کولون می باشد. در این صورت، درجه اول باید فیزیوتراپی آغاز شود.

Cecil 2016

تظاهرات بالینی	صفت	محدود
یوئیت		
تورم اندام	۸۲٪	۷۸٪
سینه و قفسه درد	۵۸٪	۷۰٪
تنگ شدن	۱۴٪	۲۲٪
عروق محیطی		
دوره ریه	۹۵٪	۹۷٪
تنگ ریه	۴۲٪	۳۹٪
ریه		
بیماری بینایی ریه	۳۷٪	۳۴٪
هیپرتانسیون شریانی ریه	۵٪	۱۲٪
قلب		
آرتریت	۱۶٪	۱۴٪
میوکاردیت	۶٪	۲٪
پرکاری ریه	۴٪	۳٪
بیماری طحلی	۱۸٪	۲٪
پارگی		
کاهش حرکات ریه (ریه های)	۷۹٪	۷۷٪
کاهش حرکات ریه کوچک	۱۸٪	۱۲٪
به احتیاط	۲٪	۲٪
صداهای مالش تانسون	۵۳٪	۵٪
میوایت	۱۰٪	۲٪
محدود حرکات مفاصل	۸۸٪	۳۸٪

نکته: مصرف مهارکننده های کوکورتین (زیرکاست) با آشکار شدن چرخ استرلایز عوارض دارد.

راه: خطر و جریان ما به هم تعلق دارند
زیرکاست چرخ چرخ می دارند

• تست رستیکر اسعد ۸۵:

- یک مرد ۶۰ ساله که مبتلا به بیم نرین می باشد در زمان درمان با مهارکننده کوکورتین به طبع ناگهانی دچار تب، کاهش اشتها، بی حال عمومی و تشنجهای مکرر، اختلال حسی حرکتی در پاها و زردی در شکم و حالت تهوع می شود. در آزمایش های پاتچ Patchy دیده می شود و در آزمایش خون $ESR = 70$ و آنزیم های ALT و AST در حد ۱۲/۱۳ دیده می شود و در

تست رستیکر اسعد ۸۵:

الف) در این بیمار عروق کوچک و متوسط درگیر می شوند.

ب) بیوفی عصب سوراخ گرانولوماتوز را نشان می دهد.

✓ ج) ANCA در این بیمار افزایش یافته است.

د) در این بیمار بیوفی لایه (Common) گرفتاری شود.

« پلی آرتریت میکروسکوپی »

• قابل درگیری کلیه ها در به جا دارد. (کلید)

• تظاهرات بالینی:

- شروع بیماری تدریجی و با علائم عمومی نظیر تب، کاهش وزن و اتراری می باشد.

- این علائم ممکن است ماه ها پیش از تشخیص وجود داشته باشند.

- در بیمار مبتلا به درگیری کلیه ممکن است هم چرخ میکروسکوپی و Pro اوری و یا مارانی

کلیه باشد از گلوپروتوب وجود داشته باشد.

- خون ریزی آنزیمی از جمله تظاهرات تشخیصی است و با بیمار سرخ رنگ نشود.

- هرگز بی تشخیص می شود.

در MPA درگیری های پوستی و عصب هم شایع هستند.

• تشخیص: بیوفی بافتی + تظاهرات بالینی (عموماً P-ANCA مثبت است).

درمان: کورتیکواستروئید / سیکلوفسفامید.

« سندرم شوین لاین پورپورا »

- عمداً لوگان کم سن سال را گرفتاری کند.

- متوسط سن ابتلا به بیماری ۴۵ سالگی است، اما بیماری می تواند در هر سنی دیده شود.

- تظاهرات بالینی:

۱- پورپورای قابل لمس: در ۱۰۰٪ بیماران دیده می شود.

۲- آرتریت: عمداً شامل مفاصل بزرگ را گرفتاری کند.

۳- زردی شکم: در نتیجه التهاب عروق، آسیب دایره ای در ریه دیده می شود.

۴- درگیری کلیه: اغلب به علت حمله حاد خود رانشان می دهد و بیشتر به سمت

گلوپروتوب است. آشکار شدن که نیاز به درمان مستقیم داشته باشد، کمتر شایع است.

۵- سایر موارد: درگیری CNS، حفره های مغزی و نخاعی، شعله ها، اما نادر هستند.

• تشخیص:

- یافته های بالینی + آزمایشگاهی

• IgA (حالی ناخن) + خون

باید غده برلاری بافتی (ایم) شود. رسوب IgA در بافت ها و عروق درگیر باید تشخیص دهنده می کند.

• « درمان: « حادیت »

- در بیشتر موارد بیماری سری خود محدود دارد و درمان حادیت (ایم) می شود.

- تجویز گلوکوکورتیکوئیدها می تواند به برطرف شدن سریع تر علائم کمک کند، اما این که آیا این درمان

می تواند از خطر عود بیماری یا نیاز به تظاهرات شدیدتر جلوگیری کند، ناشناخته است.

- از درمان با گلوکوکورتیکوئیدها در صورت لزوم به بیماران داده می شود که به این اثر بیماری

استاد می شود که در حادیت گلوپروتوب آشکار شده اند.

یک راه مشترک برای بیماری:

PAN و خون ریز، شکم، کلیه ها، چرخ
درگیری شود در شکم روده

• واسکولیت عروق متوسط:

پلی آرتریت نوزا (PAN)

با بیمار اندامی و رگ های درشت و عروق (اغلب در رگ های بزرگ) تشخیص می شود.

• تظاهرات بالینی:

- دستگاه گوارش: کلیه ها و سیستم عصبی شایع ترین محل های درگیری هستند.

- بر خلاف آنچه در واسکولیت های عروق کوچک دیده می شود در PAN درگیری عروق لایه

گلوپروتوب تقریباً در هر رگ، بلکه شریان ها، عروق و عروق درگیر می شوند.

- در PAN Constitutional (ت، عصب، کاهش وزن) شایع هستند.

- آئین و HTN نیز شایع است. (HTN و در صورت لزوم شریان ها درگیر می شوند).

- در ریه عروق نیز درگیر می شود، لایه عروق درگیر می شود، لایه عروق درگیر می شود.

• تشخیص:

تشخیص PAN بر اساس یافته های آنزیمی یا بیوفی در بیمار تظاهرات بالینی

مناسب داده می شود.

- معمولاً در PAN، ANCA منفی است.

- PAN به علت شایع با حیاست B و C ارتباط دارد و در بیماران مبتلا به HIV نیز دیده می شود.

- رستیکر اسعد ۸۷:

• هرچه حیاست B و C در رگ های واسکولیت های زیر ریه می شود؟

✓ الف) PAN ب) WGA

ج) چرخ استرلایز د) GCA

• (درمان :

کورتون سبک / داروهای سرکوب کننده ایمنی

- در صورت شک به PAN ، باید بر روی از نظر عفونت ایمنی شود .

« بیماری گاوازاکی »

- بیش از حد کدکاش را گرفتاری کند که کمتر از ۵ سال سن دارند .

- KD شایع ترین علت بیماری اکتیو قلب در کودکان در امریکا و ژاپن است .

• تطابقات بالینی :

تشخیص KD بر اساس علائم و نشانه های زیر همراه تب که بیش از ۵ روز طول کشیده است

دارد می شود :

۱- پرچون ملتهب ۲- تغییرات اردوفاکس (زبان توت و گش ، ضایعات مخاطی)

۳- تغییرات اندام ها (پوسته درونی) ۴- راش ملی صورت ۵- لنفادنوپاتی

در بیماریان مشابه KD ، آرترالژی ، درد شکم ، هپاتیت ، نقرصت آئینک و لوپیت نرگزان شده اند

- آنوریزم های شریانی که در کودکان از جمله جدی ترین عوارض KD هستند ، معمولاً در ۲ هفته اول بعد از شروع بیماری آشکار می شوند و اغلب در یک الی دو روز اول آن حادتر می شود .
- هر چند ممکن است که آنوریزم های کوچک نسبت کنند ، اما آنوریزم های بزرگتر اغلب با علائم ماند دس تواند سبب ایسکمی گردن شوند .

• (درمان :

IVIG : بطور قابل توجهی التهاب را برطرف می کند و آنوریزم های شریانی که در کودکان گاه و در زمان استاندار

بیماری است

آسپرین : از آن جاکه بیماری با ترمو کلوپسی همراه است (۱۰۰ تا ۱۰۰۰ mg/kg/day) (PII) که در بزرگسالان نیز در زمان استاندارد می شود .

- در کودکان مشابه آنوریزم های که در بزرگسالان بزرگتر دراز مدت متوسط محتمل قلب است .

• واسکولیت عروق بزرگ :

« آرتریت تاگاماسو » (رابطه با بیماری)

- عمدتاً زنان جوان در سن بارداری را گرفتاری کند .

• تطابقات بالینی :

- درگیری عروق بزرگ و حاد در ابتدا و عمدتاً تنگی و آنوریزم ایمنی می شود .

- شریان های سبب کلان و کلا در ابتدا و در ابتدا شایع ترین محل های درگیری هستند .

- مریب درگیری و گش شریان لکونی ، بیمار چهار صبر با نرسن می شود .

- در بیماریان مشابه تنگی شریان در طول زمان اندام های فوقانی ممکن است این HLA تشخیص

دارد می شود

- ممکن است TIA با علائم خفیف ، غیر اختصاصی و حاد در ابتدا بر کند و مراحل انتهایی بیماری

(ایجاد تنگی و علائم مربوط به تنگی شریان) بیماری تشخیص داده شود .
- ممکن است بیمار دچار چاربت ، آرترالژی ، مایتری ، گاعش وزن و گش با شریک ناگهانی شود .

• تشخیص :

- تشخیص TIA بر اساس تصویربرداری عروق داده می شود (آرتروگرافی)

- برای تشخیص بیماری باید علائم عروق دیگر مثل واسکولیت عروق بزرگ در شوند .

نکته : گزاف جاکه HTN فشن هم در مورد بیماری بزرگ در TIA دارد ، در صورت درگیری شریان های سر ۴ اعلام ، باید با کمک آرتروگرافی بطور مستقیم فشار شریان مرکزی را اندازه گیری کرد . چرا که در این حالت اندازه گیری فشار خون محیطی قابل اعتماد نیست .

• (درمان :
۱- کورتون : ۱-۲ mg/kg/day (۱-۲ mg/kg/day)

- در شریک های بزرگ و تنگی شریان های مرکزی و شریک های

- در صورت عود بیماری نیاز به تجویز دیگر داروهای سرکوب کننده ایمنی نظیر متوترکس یا آزاتیوپرین

است

- در زمان های حاد TNF می تواند به حقا و فسیل خاموشی بیماری کمک کند

- در شرایط زیر نیاز به درمان جراحی می شود :

- ایسکمی تنگی شریک های

- علائم مربوط به تنگی شریان در محیط

نکته : باید با دقت به سرعت الکتریک در زمان حاد بیماری خاموشی است ، چرا که در هنگام

فعالیت بیماری احتمال ایجاد تنگی مجدد می باشد . در کل بیش از ۱۰٪ دراز مدت مای پس شریانی بهتر از آرتریت می باشد (اما با درون جاکه دراز مدت است)

• (درمان اسفند ۸۴ :

خانم ۲۸ ساله به علت درد و عدم توانایی حرکت در هنگام فعالیت روزانه رتب از ۳ ماه قبل مراجعه کرده است . سابقه یک بار سقط دارد در حالیه نفس دراز و رانست خفیف تر از طرف مقابل می باشد و در بزرگترین در طرف راست گردن شنیده می شود . در بزرگترین های آن در گش

ESR حقا در مریب می باشد . اقدام آزمایش برای D کلام است ؟

الف ، بوسه بزرگ مثلا (ب) آرتریت گردن

ج ، کوکالوگرافی (د) آرتریت قفسه صدری

خلاصه :
اختلاف نفیس ۲۰ انعام -
اختلاف نفیس با دروست - CoA کوکالوگرافی
عدم وجود نفیس - تاگاماسو

« آرتریت سلول ژمانت »

GCA

GCA یا آرتریت مپورال نفی واسکولیت عروق بزرگ است که عمدتاً بیمارانی هستند

در سن بالای ۵۰ سال گرفتاری کند . شایع ترین قسم واسکولیت در بزرگترین

این نوع واسکولیت بیشتر شریان های خارج حبه ای را درگیر می سازد :

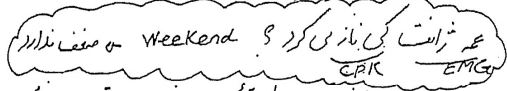
• **تظاهرات بالینی :**

۱- بیماری اغلب با سردرد جدید خود را نشان می دهد. این سردرد مداوم است و با تندرست پوست سر یا شریان تمپورال Jaw claudication ، اختلالات بینایی ، خشکی و آرتراژی همراه است. در ۹۰٪ موارد ESR بالا است.

ممکن است شروع بیماری در پیش یا ناگهانی باشد. ۱۵٪ از بیماران مبتلا به GCA حتی با وجود درمان مناسب دچار نابینایی می شوند (ممکن است نابینایی در شروع بیماری در میانه باشد).

۲- پل های خالوشی در دهان گنگا (PMR) سبب می شود که با دراز کشیدن عضلات گردن ، گردن درد شریانی ، گردن گنگن و دیگر علائم و نشانه های التهاب سیستمیک مشخص می شود و با GCA همپوش دارد.

- تظاهرات PMR در تمام بیماران مبتلا به GCA دیده می شود و از سوی دیگر تمام بیماران مبتلا به PMR هم دچار GCA نمی شوند. اما از آنجا که تشخیص GCA در بیماران مبتلا به PMR بالاتر است ، باید به این بیماران در ارتباط با تظاهرات GCA آموزش داد.

• **تشخیص :**  عموماً شایستگی نامی کرد ؟ Weekend - منفی ندارد

تشخیص GCA با بویس شریان تمپورال قطعی تأیید می شود. در ارتباط با انجام بویس در طول دوره اختلاف نظر وجود دارد. در برخی موارد بویس شریان تمپورال علامت دار معنی بوده است و در بویس شریان تمپورال طرف مقابل نتایج کمتر دیده شده است. (به علت وجود مباحثه نامعینیت Skip lesion) در وقت غرضاً گفته اغلب دارو نکته: در برخی موارد نوزاد (سبب TA) در GCA گزارش شده است. اکثریت از جمله شایع ترین انواع درگیری عروق نوزاد در GCA است و می تواند با خطر ابتلا به آنورسم آورت و عموماً با ریسک های دیگر آن همراه باشد. در این زمینه به چه دلیل توصیه می شود که بیماران مبتلا به GCA ملزم به سالانه با CXR از نظر انقباض آورت (پیکری شوند).

• **درمان :**

گلکوکورتیکوئیدها اساس درمان GCA هستند. در هنگام قطع تدریجی دارو ، بیمار اغلب دچار عود بیماری می شود ، اما به تدریج پس از گذشتن از دوره های سرکوب کننده همین توان مانع عود بیماری در هنگام قطع استروئیدهاست.

- در کل در بیشتر بیماران برای حفظ وضعیت و پیشگیری از عود نیاز به درمان استروئیدی است. نکته: در درگیری حشیش اول در همان می کنیم یا کوکورتون تا مانع پیشرفت بیماری شویم (آرتراژی)

• **پیشگیری از عود بیماری :**

خانم ۶۵ ساله ای به علت سردرد و درد ناحیه گردن و شانه و درد و خشکی در هنگام غذا خوردن مراجعه نموده است. در معاینه تندرست و علائم التهابی شریان تمپورال وجود دارد و آزمایشات ESR = ۱۰۰ می باشد. اقدام بعدی شما چیست ؟

الف) بویس شریان تمپورال (ب) آسپرین و بویس فوالتون (ج) آرتراژی شریان های حبه ای (د) اندازه گیری ANCA

در تشخیص این اسفند ۸۹ :

خانم ۶۵ ساله با درد شانه ها ، گردن ، بازوها ، کمر ، ماس دراز ها و در حین خوردن. معاینه عروق شریانی در حد طبیعی است. دروس کامل و در حه جانبی پاراکلینیک بحرانی نوزاد کم تر است. Hb = ۱۲ و ESR = ۱۲۰ نکته: در گذشتن از دوره های سرکوب کننده همین توان مانع عود بیماری در هنگام قطع استروئیدهاست. در این زمینه به چه دلیل توصیه می شود که بیماران مبتلا به GCA ملزم به سالانه با CXR از نظر انقباض آورت (پیکری شوند).

الف) فیبرو میالژیا (ب) پلی میوزیت (ج) پلی میالژیا در دهان گنگا (د) درماتومیزیت

• **« واسکولیت لوگو سیستمیک کلاسیک »**

- واسکولیت لوگو سیستمیک کلاسیک توصیف کننده مکرر مکرر در دروغه پوست است. ۱- تشنج در دوره عروق ۲- رسوب فیبرین ۳- نکروز

علل : LCV در شرایط زیر یافت می شود :

۱- واسکولیت های اولیه ای که می تواند بصورت LCV تظاهر کند مثل سردرد در می شوند. HSP - واسکولیت های مرتبط با ANCA PAN -

۲- واسکولیت های ثانویه ای که می تواند بصورت LCV خود را نشان دهد عبارتند از : - واسکولیت های همراه با رگ های بیماری های روماتیسی (RA ، SLE ، سندرم شوگرن) - سندرم های پارانشیماستیک

- داروها (حیدر لایزین ، PTU) راه : حیدر با پتو نکال است - منوریت ها ANCA PTU

- تشخیص : با بویس ای می شود.

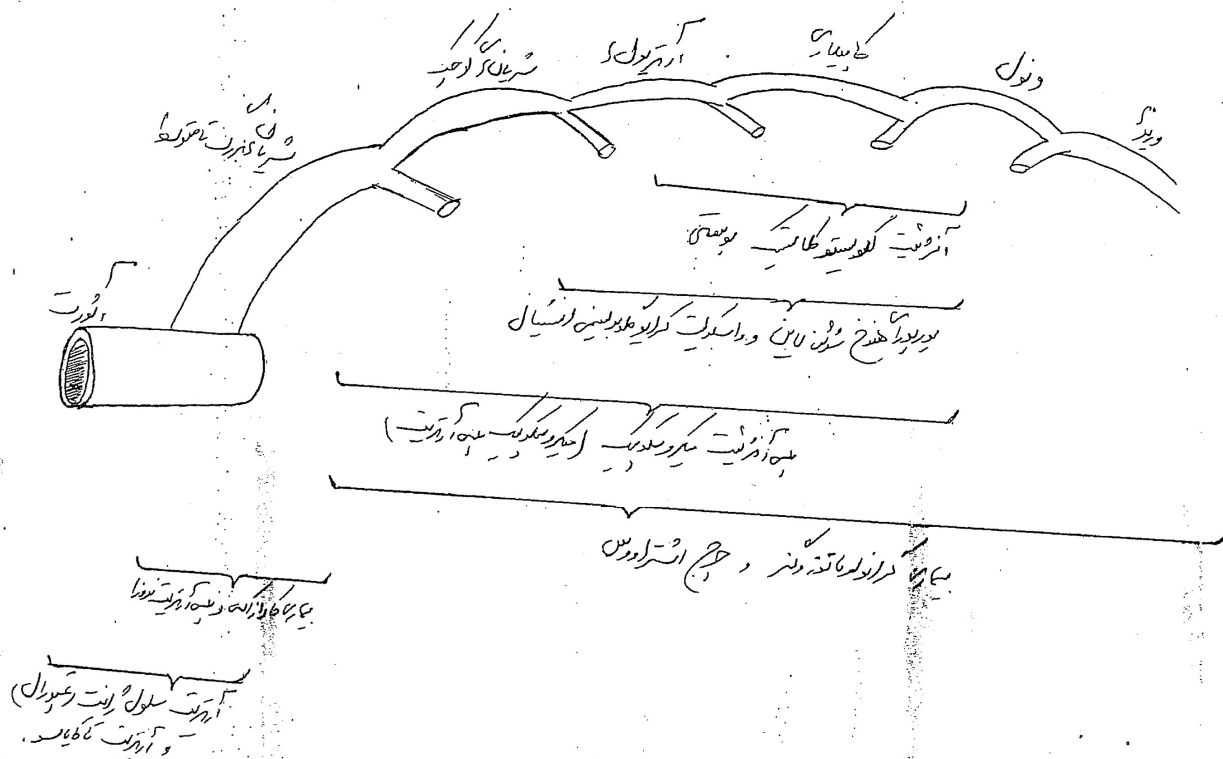
- درمان :

۱- اگر علت آشکاری برای LCV یافت نشود ، پس توان برای برطرف کردن علائم از آن پس حشیش را پس از گذشتن از دوره های سرکوب کننده همین توان مانع عود بیماری در هنگام قطع استروئیدهاست. ۲- در صورتیکه LCV تظاهر کننده در می شود سیستمیک در دهان گنگا باشد ، بیمار باید به درشت منوریت گردد.

• **« گرانگولوبیوسینی »**

RF با تیریاک دارد. علائم : C3 نوزاد ، تب ، رسوب ، C4 پایین ، در پرده ، درگیری کلیه در ۵۰٪ موارد و درگیری مفاصل با HCV ارتباط دارد.

نکته : تنها واسکولیت که گلبان پایین دارد ، EMC است.



حم رازد رمل اصل بنایه ، چون کین ۲ بیلر رو کین طیف هسته

در این اسامی: ω - ω_{ker} که از کربن است
 EMG - CPK که از کربن است
 NL - NL که از کربن است

تخفیف، ESR است و PK نزول است.

در تاریخ ۱۹۴۸/۲/۲۴ که در ۳ ماه قبل دچار تب، در رفل و غشاهای
در سینه و پیچ خلفی است. اکنون به علت عدم انداختن ممانع و احسان در سینه
بسیار شده است. سابقه سینوزیت اخیر ذکر شده. در آماریات، تمام خون
تست‌های در و گلدستند ۱۵، Cr ۲۱۷، و ESR ۲۷، و C-ANCA (+)
دارد و در از او گرفته شده است و اکنون در رفل و غشاهای در رفل

حَقِّقْ نَفْسَهُ قَلْبَهُ وَفِكَارَهُ مِمَّا رَاجِعَ إِلَيْهِ؟

الف) حَبْرَ PANCA
ب) بَدْرَ حَبْرَ حَبْرَ
ج) بَدْرَ حَبْرَ حَبْرَ
د) بَدْرَ حَبْرَ حَبْرَ

تخصیص بکنیز نیست. ویرا تمام مراکز و ها الزاماً نیاز به بویس دارد.
رضه اکثر در پاسخ ها گفته اند که تخصیص محل است و نیاز به بویس ندارد
باز هم علتاً مورد و با توجه به اینکه در دکنر کدیه یا ریز گریز است،
بویس لازم که از این ۲ عنصر باید اجتناب شود.

قدس الله روحه من اهل بيته عز وجل :
 (عظيم عظمه ربه العز وجل) والكل في وجهه
 ودرگاه (عظیم عظمه ربه العز وجل)

و در درگاه سعادت
عزیزان عزیز : سلسله نظام و سازمان غیر مریض ، نبوغ ضابط ، جریده دانش
آلورت : سلسله آفرینیم در سلسله اصلا آلورت
عزیزان عزیز : ندول و حکم - زخم ، لیویدو سیکولاسین ، فانتاسیا ویت
موندو زیت مولت لکس ، سیدو آفرینیم سیرین و زانتیت و شاهرک
سیرین طریق

سیران طبری
- عروق کبجی : یورینریا، مہیا، و سیکولویڈین جون فری الریکس جلد ریز
جنوریت مریکس : گارز ایاہ کلمہ فری جامع عروق مریکس و
جون فری اسطینت، اسطینت، اسطینت و ریڈیت

۹۳: مر ۴۵۵ کتابت کتابت بستاند بزرگ
اصلاً بنالیه ، حالا با حشمت صیقل یافته در دست کمالی و کمالی
کند در دوره ۳ هفته قبل ، بنام از معجزه کرده است . با توجه به شرح حال فوق
نامیک از کتابت در دوران اخیر است ؟

Hb (—) ESR (—)

ج. الكائنات المتمايزة

باسم 2 لعب. حزن D_2 ، مع مائله، رمايه انت وحنه ابرهين انت

"نقرس"

نقرس: زرد کورتال اسیدیک در نقطه از بدن است.

شایعترین علت نقرس در دنیا، Primary و عمدتاً علت نقص در فرایند کلاهی است.

نقرس در دوران شایعتر است.

نقرس نیای برادران بالای ۵۵ سال و برادران خواهرهای مادر است.

۲-۳ درصد مردان اروپایی، Gout دارند.

استروژن سبب دفع کلاهی اسیدیک می شود به همین دلیل در زنان جوان با عادت ماهانه منظم نقرس نادرتر است.

نکته: اگرچه نقرس با سطح اسیدیک سرم رابطه دارد اما سطح سرن اسیدیک یک روش غربالگری ضعیف برای آن است چون سطح اسیدیک افراد علامتدار در ۵۰٪ علاقه، overlap زیادی وجود دارد.

شیخ نقرس وابسته به سن است، بیشترین شیخ نقرس در مرد جوان، بعد از ۵۰ سالگی است.

علل اسیدیک بالا به دو گروه اولیه و ثانویه تقسیم می شود.

هر کدام از این دو گروه به تولید بالا و کاهش دفع کلاهی تقسیم می شوند.

۱-۲۰٪ علل اولیه اسیدیک بالا در زمینه تولید بالا است.

نقص این سه ترمیم علت نادر اختلال تولید است که کمتر از ۱٪.

۸۰-۹۰٪ علل اولیه اسیدیک بالا در دنیا کاهش دفع کلاهی است و با این کلاهی ندارد، اسیدیک نقص فرایند کلاهی به کلاهی دارد که نادرتر است اسیدیک می باشد و یک نرم اراده محسوب می گردد.

تا زمانی کلاهی خود عمل نماند است.

علل افزایش ثانویه تولید اسیدیک:

۱- آتال (محرمین) کلاهی ثانویه تولید اسیدیک

۲- برپای که چرخش سلولی اش بالا باشد (بیماری میلوپریمیتو، ایمیوگلوبین، بیماری های فشر، دارد های میتوکسیک، G6PD، تالاسمی، سکلرل، GSD)

علل افزایش اولیه تولید اسیدیک:

۱- افزایش فعالیت فسفوریبوزیل پیرو فسفات (PRPP)

۲- کاهش فعالیت آدریم هایمگزانتین گوانیل فسفوریبوزیل ترانسفراز (کمبود ستریدین که نرم خندگوت است در سدم نش نیحال دیه می شود که یک بیماری X-linked بوده و با نقرس، MR، کورن و اسید سستینه، توفوس و رنگ کلاهی ظاهر می گردد. مضم هتروزیگوت که کمبود خفیف است نتیجه هیرارد سیم و نقرس در سن بایی می شود اما علاقه نودوزیک رخ می دهد.

علل ثانویه کاهش دفع کلاهی اسیدیک:

نامایی کلاهی / هیدراتاسیون / اسیدوز / اسیلیات ها (low dose) / دیورتیک (تایزیدولون)

داروهای ضد TB (آزاسیول دپرازین اسید) / سیکلوسپورین / لودوایا / نیکوتیک اسید / هپروتیدین / سرب / آنتی بیوتیک کلاریتاس / اورات / منیزیم نقرس سرن می شود (Saturnine Gout)

طیف نقرس: (۳ مرحله دارد)

۱- AGA (نقرس حاد حاد) (Acute Gout Arthritis)

۲- CGA (نقرس مزمن حاد) (Chronic Gout Arthritis)

۳- هیدراتاسیون دیون علامت نقرس: هیدراتاسیون، که سطح سرن کورات بالا تر از ۹.۸ mg/dL، نکته سرن علامت دارد و در این شرایط (اورات ۹.۸)، دکتولاند دیون اسیدیک و کلاهی و در حادیت خفیف و سایر اسیدها در بدن می گردد.

"تظاهرات بالینی"

علامت: آرتریت حاد نقرس شروع سرن دارد و سرعت بر شدت علامت آن اثر می شود. معمولاً بسیار بدون آنکه علامت داشته باشد سرن در و با درد شدید، آرتریت در و سرن در و در گزارد خواب بداری می شود.

اولین مضمیل تا تا سوزنا از تال، شایعترین مضمیل است که در گزارد (Podagra) در، گزارد، و آرتریت سرعت به نسبت دانت دم الحلاف گزاردش بد کرده، ظاهری شبیه به سرن است.

ممکن است بیمار تولید و دفع سرن می نماید.

بیمار از شدت نقرس نمی تواند خواب بگیرد.

در جریان نقرس حاد به مضمیل می تواند گرفتار شود، اما مضمیل MTP با، حج با و در نهایت مضمیل گرفتار هستند.

ممکن است مضمیل آرنج، حج رست و مضمیل کوجک رست نیز در التهاب شوند اما در گزارد مضمیل هید، شانه و دیو فریال ناممکن است.



نشانه ها:

۱- آرتریت: اگر با رنج دیون مضمیل در گزارد

۲- نقرس شدید مضمیل در گزارد

۳- در شدت مضمیل حرکت دلال (پاسیو بانال) مضمیل گرفتار

۴- قرقر (نقرس) دیون پوست دی مضمیل

در نقرس مضمیل التهاب از عدد در مضمیل در گزارد فراتر می رود.

نکته: گاه ممکن است بیماری نقرس در، نوعی ملی آرتریت مضمیل ایجاد کند که در نظر بالینی شبیه به RA می آید آرتریت های التهابی باشد.

توفوس: هنگامی که مضمیل اورت به نقرس کانی در دیون تجمع می آید، ممکن است توفوس

شاده شود. شایعترین محل های شاده توفوس عبارتند از:

- در مارت مضمیل
- در دیون ها
- در مضمیل کتا سرن ناممکن ها

❑ **درگیری کلیدی:** در مواردی که تولید دفع اسید اوریک بیشتر از توان طبیعی است، احتمال ایجاد سنگ های کلوی وجود دارد.
- در مجموع، بیماری که روزانه بیش از 700 mg اسید اوریک دفع می کند، در خطر ابتلا به سنگ های کلوی هستند.

.. این سنگ ها می توانند اسید اوریک باشند و یا به عنوان مرکزی برای تشکیل سنگ های کلوی (یا سایر سنگ ها) عمل کنند.

نکته: نفوس می توانند بعد از بلای آرتروز فزونی با بایوپس علامت آرتروز حاد ظاهر شود. بسیار اغلب در جابجایی نفوس های متعدد مایع مفصلی است و متلا به بیماری مفصلی دردناک و تشخیص می شود.

گاه نفوس ملی آرتروگراف می تواند شبیه به RA ظاهر شود. در این حالت نفوس با فوکل های در جابجایی اشتباه گرفته می شوند:

۱. در نفوس، دردی که در یک تغییرات اسکالودیک دارد حاشیه دردناک های حرکت آرتروگراف نشان می دهد. در حالی که در RA در حاشیه دردناک های حرکت آرتروگراف اسکالودید می شود.

۲. در بیماری مایع مفصلی تشخیص است و باید مایع مفصلی از تفرع و جابجایی برداشته شود.

نکته: در تشخیص بیماری، آرتروز عفونی، بهترین روش برای تشخیص افتراقی است. در نفوس به ندرت عفونت حاد است و گاه به درجه حرارت بیمار 39° فزونی رسد.

- شروع درگیری در آرتروز استیک آهسته تدریجی است، بیماری ناخوش فردی در نظر می رسد و در جابجایی و تفرع (علاوه بر تفرع) می باشد. در درازنای های آرتروگرافی کوکوسیتوز و

تورم گلوکوز استریل در PMN ها شایع می باشد.
- جمعیت از این تفرع همراه با آرتروز گریس آرتروز استیک با تفرع می باشد و در درازنای مایع مفصلی نقش مهمی در تشخیص بیماری دارد.

تشخیص:

❑ **در درازنای مایع مفصلی:**

- در بیماری متلا به نفوس، مایع مفصلی آبی است و بیش از 100000 گلول سفید (گاه بیش از 500000) در بر می گیرد و تفرع درجه دارد که بیش از 90% آن ها را PMN ها تشکیل می دهند.

- بررسی سلول های مایع مفصلی با درازنای کلید تشخیص به شمار می رود.

- وجود گریس های داخل سلولی شبیه به سوزن و Birefringent معنی (انکسار ضعیف تر).

با تفرع و تورم بیماری آورده، برای تشخیص قطعی آرتروز حاد ضروری است. توجه داشته باشید که وجود گریس های خارج سلولی به تشخیص کمک می کند، اما برای بیماری تشخیص نیست.

- در بررسی در زیر نور پلاریزه در یک Compensator فزونی، اگر گریس های ادوات موازی با محور Compensator باشند، در درازنای و اگر محور بر محور Compensator قرار داشته باشد، پس رنگ دیده می شود.

این گریس های تازه $1-2\text{ }\mu\text{m}$ تا $15-20\text{ }\mu\text{m}$ طول دارند و گاه شبیه به سوزن ترک تری در نظر

می رسد که نور تفرع را اسوراخ کرده اند.

راه: نفوس به تنگ ترین نفوس می رسد

- ممکن است گریس های اولاد (در ماده سفید) شبیه به مخمر درازنای آرتروز های تفرع نیز دیده شوند.

نکته: در 50% از موارد، گریس های در فصل در گریس ها دیده می شود.

- در مفاصل کوچک (قطر 2 cm) اسپر اسید مایع سفید مایل استوار است. در این حالت در بیماری که متلا به نفوس است، تشخیص آرتروز نفوس است، مگر آن که شواهد

بالین بر آرتروز استیک دلالت داشته باشند.

❑ **اسید اوریک سرم:**

در تشخیص نفوس، اندازه گیری اسید اوریک سرم روش غربالگری مناسب است، در بسیاری از بیماریان در هنگام حمله سطح اسید اوریک سرم طبیعی است. از طرف دیگر، بسیاری از افرادی که متلا به نفوس نیستند، سطح اسید اوریک بالا است.

❑ **سایر یافته های آزمایشگاهی:**

در جریان آرتروز حاد نفوس، کوکوسیتوز، عینیت و افزایش ESR و کاهش زلالی ماز حادث می شود. می شود که گاه غرضاً اختصاف می هستند.

❑ **تصویر برداری:** در حین حمله حاد عینیت، تفرع (آرتروز) دیده می شود. در درازنای آرتروز های اختصاف شبیه به گاز گرمی می شود. با حاشیه های

اسکلریتیک و لبه های آویزان (در حاشیه های مفصل دیده می شود) (Martel) همچنین در درازنای می تواند نفوس ها را نیز نشان دهد.

درمان:

❑ **آرتروز حاد: روش درمان:**

۱- در درازنای مفصل: خارج کردن PMN ها را باعث می شود.
۲- تزریق کوکوسیتوز در داخل مفصل: اگر تشخیص نفوس قطعی باشد، در هنگام اسپر اسید، مفصل می تواند کوکوسیتوز را در داخل مفصل تزریق کرد.

۳- کوکوسیتوز خرد: در بسیاری از بیماریان متلا به بیماری های مزمن تفرع پیکر ناراضی کلوی، تجویز کوکوسیتوز های استیک بهترین روش درمان نفوس حاد به شمار می رود.

۴- NSAIDs: در صورتی که با درازنای التهابی کلوی تجویز شوند، به مدت متورم هستند. NSAIDs اغلب درمان انتخابی نفوس حاد هستند، اما در بیماریان متلا به ناراضی کلوی نباید از این داروها استفاده شود.

۵- کلسیم: مانع هاشدن ناگهانی کوکوسیتوز می شود و از فعالیت ضعیف ساز که برای نترس PG ها لازم است، جلوگیری می کند.

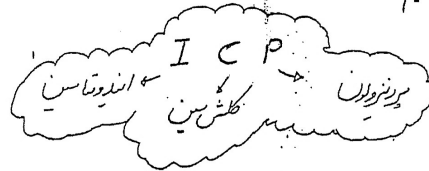
این دارو به تدریج در استیل حمله حاد نفوس است و اثرات درمانی را به سرعت بهبود می بخشد.

اگر ۲۴ ساعت گذشته، اندونیزین تا میزان کاسته می شود.
- کاهش بیش از ۲۰٪ در ۱-۲ ساعت را با محدودیت روزتویال ۶ میلی گرم (۱۰۰۰ میلی گرم)
- اندونیزین تجویز می باشد، دارد تا زمانی که کراتینین شکلی یا اصولی ای باشد، کار در حدی که
نوار دارد.

- کاهش بیش از ۲۰٪ در ۱-۲ ساعت را با محدودیت روزتویال ۶ میلی گرم (۱۰۰۰ میلی گرم)
- اندونیزین تجویز می باشد، دارد تا زمانی که کراتینین شکلی یا اصولی ای باشد، کار در حدی که
نوار دارد.

۶- محدودیت اندونیزین (ACTH) : می توان از محدودیت ACTH و یا کورتیزول
تجزیه و تحلیل نیز برای درمان استفاده کرد.

راه : وقتی ICP معضل بالایی دارد و در درایه شش ICP در مان
می کنیم.



نکته : اگر در حله حاد نفوس آلپورنول بدهید طراح هم در آلپون می کند !!

۵- در فواصل بین حمله ها :

در موارد زیر خطر عود حملات و یا باز آرتیت مزمن نفوس ، نفوس تونوس مایاری تجویز
معضل در سست ترین حد است (و بهتر است پیشگیری در بین حملات صورت گیرد) :

- ۱- سطح بسیار بالای اسید اوریک
- ۲- تعداد بیش از ۱۰۰۰ سلول در بین پاپی

نکته : در بیمارانی که دچار عود مکرر حملات می شوند، نیاز به درمان پرودلاکسینک است. در بیمار
تسلط با نفوس حریف و حملات گاه به گاه ممکن است پرودلاکسینک با کاهش بیش از
تجایی گنای کند.

- در موارد زیر درمان با داروهای پاپی آلپورنول اسید اوریک اندک یا سولین دارد :

- ۱- سنگ کلیه
- ۲- بیماری آلپورنول معضل
- ۳- بیماری پلی آرتریت
- ۴- حملات مکرر نفوس با وجود قبول عوامل خطر از استاندارد

پرودلاکسینک از کاهش بیش از

- انتخاب دارو تا حدودی بستگی به مکانیسم ایام بیماری دارد. معیارهای دیگر باید به کمک اندام
رفع ۲۴ ساعته اسید اوریک اوراری در حال که بیمار مزمن کم پورین مصرف می کند ،
مشغول کرد که آیا بیمار اسید اوریک بیش از حد طبیعی تولید می کند و یا می تواند تولید مژگزین
ماند را از بدن خود خارج سازد.

داروهای پاپی آلپورنول اسید اوریک
داروهای آلپورنول و دیگر

از آنجا که در ۹۰٪ موارد نفوس دفع اسید اوریک کاهش دارد ، داروهای آلپورنول و دیگر
داروهای مورد استفاده هستند :

۱- پرودلاکسینک از باز جذب اسید اوریک در رتیل جلگیری می کند و سطح آنرا بیش
دفع اسید اوریک می شود.

۲- در بیمارانی که نمی توانند پرودلاکسینک بدهند یا دچار تداخلاتی اوراری با تونوس یا سولین هستند ،
آلپورنول انتخاب مناسب تر است.

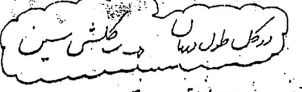
- آلپورنول آنتی گرانولین اکسیداز را مهار می کند.

- این آنتی گرانولین از هیستامیناز اسید اوریک را کاهش می دهد.

- آلپورنول در پاپی آلپورنول سطح اسید اوریک ناشی از اختلال در تولید یا کاهش دفع مژگزین
مصرف آلپورنول از پرودلاکسینک است (می تواند در سستیم از آنرا حساسیت شدید ایجاد
کند که با تقویت بنای حاد ، صافیت و در کاهش های شدید پوست مشغول می شود).

نکته : بر اساس مطالعات جدید ، فوگوستات نوعی مهارکننده غیر پورینی گرانولین اکسیداز
است و می تواند جایگزین آلپورنول در سستیم از آنرا حساسیت شدید و نفوس باشد که
آلپورنول را تحمل نمی کنند.

نکته : در صورت استفاده از آلپورنول یا پرودلاکسینک ، باید کاهش بیش از ۲۰٪ در زمان آغاز شود



- آغاز معضل آلپورنول می تواند سبب حله نفوس شود.

- آلپورنول یا پرودلاکسینک باید در حله حاد بیمار استفاده کرد.

نکته : در بین های رژیم غذایی خشک و کم آبرویی ، در روزانه اسید اوریک را کاهش می دهد.
ماهی کوی ، نان شیرین ، گوشت و سریشات برگ در مانند استیج پورین درای دارند
از جمله همین که بیمار باید از مصرف الکل خودداری کند ، چرا که الکل در مان تا فرد را گزینش
تولید اسید اوریک دفع آن است. در کل تغییر رژیم غذایی تا اثر پاپی ناچیز دارد.

۵- پیش کاربندی اسفند ۸۳ :

در کدام یک از موارد غذایی زیر میزان اسید اوریک کمتر است ؟

الف) استیج ب) جگر ج) ماهی کوی د) گوشت مرغ

نکته : در بیمارانی که توانا است سستی در مان دریافت کند ، پرودلاکسینک کوتاه مدت با آلپورنول
می تواند از ایام نفوس و نیز سوب اسید اوریک در رتیل جلگیری می کند.
- داروهای جدید تر از "Pegylated" (در رتیل جلگیری) نیز در پیشگیری از سندرم آلپورنول
توانمند مؤثر هستند.

نکته : در حال حاضر درمان بوتین هیپو ادریس در مان علائم توصیه نمی شود.

Rapid Review :

- ① آلپورنول در پرودلاکسینک (۱) ICP - حله حاد
- ② در اسید اوریک (۲) ICP - حله حاد
- ③ در پرودلاکسینک (۳) ICP - حله حاد
- ④ علائم کاهش بیش از ۲۰٪ در ۱-۲ ساعت را با محدودیت روزتویال ۶ میلی گرم (۱۰۰۰ میلی گرم)

دستبازی بین ۸۸ :

مرد ۶۵ ساله با سابقه حملات مکرر آرتروز ترقی در مفاصل اندام های تحتانی طی ۵ سال گذشته مراجعه کرده است . وی دچار کاهش قدرت فعال ندارد . (ما توئوس زیر جلدی در تابه برود شست با دمنف اوله گرانون دارد . سطح سیر اسید ادریک ۹ mg/dl و مزاجی رنخ اسید ادریک در ادرار شش از مطلق است . برای پیشگیری از حملات بعدی تفرس علاوه بر تجویز آلدو پروریل کدام اقدام زیر لازم است ؟

- الف) تجویز کلش سین
- ب) تجویز آسپرین با دوز کم
- ج) تجویز پروبنید
- د) اقدام دیگری لازم نیست

دستبازی استند ۸۷ :

خانم ۵۵ ساله با علت آرتروز حاد زانو راست مراجعه کرده است . در معاینه زانوی راست بیمار شدت گرم ، حس دراز رنگ است . معالجه با مسکن های کورتا ل حال مندری شکل داخل و خارج مصلی را شش دارد است . در این درمان انتخابی در این بیمار کدام است ؟

- الف) کلش سین
- ب) آلدو پروریل
- ج) آرتروکات NSAID
- د) پروبنید

« بیماری ناشی از رسوب CPPD »

رسوب کلسیم پیرو فسفات شایع است و در افزایش سن بر بزرگ آن افزوده می شود (۵۰٪ افراد کربش از ۸۵ سال سن دارند)

در بیشتر موارد رسوب CPPD اندیو پاتیک است . در حدود ۲۰٪ موارد با محدودیت تالو پاتیک در مفاصل همراه هستند

هیپوپاراتیروئیدسم ، هیپوفنریسم ، هیپوفسفاتازی ، هموکروماتوز ، هیپر پاراتیروئیدیسم

$$CPPD = GPPD - DM$$

نکته : نوع ثانویه رسوب CPPD می تواند یافته بالینی اولیه بیماری سیستمی زمینه ای باشد در این حالت درگیری در شش یا این ترانزنج اندیو پاتیک ظاهر می شود و اغلب مناسیل خاص نظیر MTP های ۲ و ۳ را گزینش می کند

نظایرات بالینی : بیمار جوانی که در شش از ۵۰٪ موارد دیو همگروه است که آرتروز حاد است

شایعترین مل های رسوب CPPD ، شیک های زانو ، عفوف گروش میچ است و

سینتر پوس هستند و شایعترین مناسیل در گز ، زانو و میچ پا هستند . اجدا شدن کورتا ل ها از رسوب ها ، علامی شیده تفرس ای می شود .

به دردت میکن است آرتروز هموزاتیک حاد تر ای بد شود

تخفیف :

در بیشتر بیماران مبتلا به رسوب CPPD در رادیوگرافی گذر در کلسینوز وجود دارد .

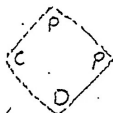
گذر در کلسینوز در رادیوگرافی وجود CPPD را مطرح می سازد و گاه را ثابت می کند

تشخیص CPPD با شعله کورتا ل های داخل مصلی لوزی شکل

Birefringent (Rhomboid-shaped) شست در مایع سینوویال دارد

می شود

مشکل است کورتا ل ها کوچک و شکسته باشند و تشخیص آن ها دشوار باشد



Case تک :

بیمار با آرتروز حاد شش اندک مطلق است و در مفاصل حرکت شده در مفاصل دیگر هیچگونه مایکزی دیده نمی شود ولی کورتا ل در شش می گردد

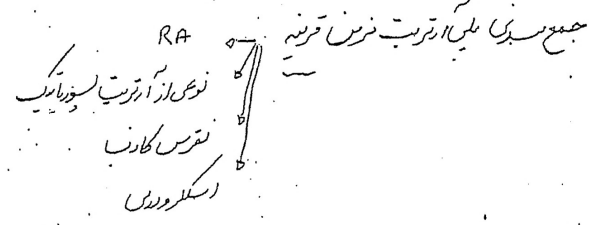
درمان :

حمله حاد NSAID یا کورتون داخل مصلی
پیشگیری از حملات مکرر با کلش سین یا دوز کم

یعنی IXP

نکته : کورتا ل های هیپو کس آباتیت از کلسیم و فسفات بازی (میلای) تشکیل شده اند و در بافت های نرم بوزن در مفاصل حاد و مزمن ها رسوب می کنند هر چند رسوب هیپو کس آباتیت در شش های اطراف مصلی نظیر تاندون سورال اسپیناتوس و مویس ساب آگروس می تواند در این بافتها شش کلسینه می نماید اما در شش کورتا ل ها در داخل فضای مصلی بسبب سینوویت و لوزی آرتروپاتی

تخفیف در شش مناسیل شش می تواند این گردد . در حملات اولیه CPPD MSU مایکزی رسوب با چرخه مایل شش نیستند و فقط ۲-۳ رسوب مایکزی رسوب می کنند



آرتروز ۹۴ : آگاه ۷۰ ساله مبتلا به تفرس میو پاتیک و رسوب هیپو پاتیک

تغییرات ماکروپاتولوژی در ریزه و دیال آرتروز شش است
هفت کالکس سطح رسوب رسوب و شش تفرس کلاوب (کالکس شش)

- الف) فیدکوسیت
- ب) فیدکوسیت
- ج) کلسین
- د) رسوب آلدو پروریل

پایخ به است جایزین آلدو پروریل ، فیدکوسیت است

در این بیمار رسوب آلدو پروریل عین عین بیمار مایکزی

مادر رسوب است . رسوب رسوب است ، هم جنین رسوب رسوب است

هم رسوب آلدو پروریل عین است

گرفتار ۹۹: خانم ۷۵ ساله ۳۰ روزه در روستای زانویه حلب که از روستای قلاعه کبریه
است. وی از تمام محض سینه است. ریه‌ها زانویه متورم، نرم و در ریه
در حجاب کتیه ریاسه و محدودیت حرکتی دارد. وی ریاست است.
و در آن متورم و از خون دارد و متورم است. گریسین ۲ mg ۲ بار

باسٹخ جی ایسٹ جیون AST, ALT افزائش یافتہ است یہ الیوریزل
 نڈلہ سے ٹیوکسٹ جابیزن ان امرہم
 (راہ طاس) کھنس کہ تہ اندکو خردر، سرد سرائی
 الیوریزل
 Face book
 ٹیوکسٹ

۱- متغی‌ها: تجربه، مایع مفصله، نشان هفتی
 $UBC = 101000 / mm^3$
 $P_{max} = 250 / L$ است. زیرا این‌ها کم‌ترین مقدار مفصلیت در مایع مفصله
 است که در مایع مفصله، کم‌ترین مقدار مایع مفصله را در مایع مفصله
 نشان هفتی تغییرات است که در مایع مفصله، کم‌ترین مقدار مایع مفصله را در مایع مفصله
 مفصله مفصله است. در این مایع مفصله، کم‌ترین مقدار مایع مفصله را در مایع مفصله

در مورد بلیه ها
در مورد است
و قفسه در کدر است و در کدر

[illegible]

تقریباً 93% بیمار بعد از 24 ساعت در درون بیمارستان جان باختند و 7% باقی ماندند.
در این بیمارستان 1000 بیمار در بخش قلب و عروق بستری شدند و 100 نفر از آنها در بخش قلب و عروق فوت شدند.
در این بیمارستان 1000 بیمار در بخش قلب و عروق بستری شدند و 100 نفر از آنها در بخش قلب و عروق فوت شدند.
در این بیمارستان 1000 بیمار در بخش قلب و عروق بستری شدند و 100 نفر از آنها در بخش قلب و عروق فوت شدند.

تاریخ ۹۴ : بزرگسال ۶۵ ساله تحت درمان کورتیکوئید
و غیر استروئیدی
chronic gouty tophic arthritis
میزان شعله های مکرر در مفاصل و آبشارهای توده های
زیر پوستی.
AIP = ۳.۲، AST = ۸۰، ALT = ۷۵ و Uric Acid = ۹.۱۵
Cr = ۲ و BUN = ۲۵ و PTT = ۱۱.۱ و Hb = ۱۲
WBC = ۲۳۰.

۱) از برای این روز اول و بعد از آن به ۴۰ سوره
 ۲) افسانه کردن کتب به ۱۰ سوره
 ۳) استناده از فکر و استادت ۴۰ سوره

[illegible]

۱۹۹۶، در زمان ادرت حارقه در نزد حبيب بيايم سال قبل ميونيخ
 مرد است و تحت رايگي باردها در نزد رايگي، ميونيخ و در نزد رايگي
 صاحب رايگي (فداي) کذاک نيزه است.
 (الف) ادرت حارقه
 (ج) ادرت حارقه
 (د) ادرت حارقه
 (ه) ادرت حارقه

پایسج = ج است. چون ریه از مری خارج است: ICP الیه لوله
 ACTH ↓
 کلسیم پایین / فوسفات بالا
 در RF صحت است
 تست ACTH هم ۲ بار اول معذب گردانده شد برینیزولون نظارت بر این اندازان فایده ندارد
 وقت لجم: در حال تک مقلد جاذبیت (نورالژی) و قبل از آن، تست
 کورتیزول رافع مقلد است

این بیماری های التهابی در درون ۲ برابر زمان شایع ترند و شایع ترین آنها عبارتند از:

۱- درماتومیلیت (DM)

۲- پلی میوزیت (PM)

۳- DM با PM همراه با سرطان ها یا بیماری های اتوایمیون روماتیک

۴- IBM

DM و PM در یک سن مانند یکدیگر در ۱۵-۱۰ سالگی و در ۶۰-۴۰ سالگی است.

- صفحه اصلی این میوباتی ها، التهاب عضلات است.

- سلول های اصلی التهاب نیز لنوسیت ها هستند.

- ممکن است سکوره و سولایم فیوژن هم رخ دهد.

میوزیت هم اکتوزیون در درون شایع تر است.

IBM میوزیت همراه با بدخیمی بعد از ۵۰ سالگی شایع ترند.

« DM و PM »

علامت:

- بیماری عضلات بدنی در طی چند روز با ضعف عضلات قرینه پروگزیمال روی می دهد.

- در نهایت ظهور بیماری بصورت نرف آسا و حمله با ضعف پروگزیمال در دست ها است.

- علائم اصلی:

۱- ضعف عضلات قرینه در محله های خاص مانند بلند شدن از وضعیت نشسته،

برون دست بالای سر، شاک کردن مو و پاره شدن از اتوموبیل را تحمل می کنند.

۲- مایلرشی تقریباً در ۵۰٪ بیماران وجود دارد اما معمولاً خفیف است.

نکته: شایع ترین بیماری بصورت بدنی در طی چند سال همراه با درگیری پروگزیمال در دست ها،

سطح گنده IBM است.

نکته: در ارزیابی قدرت عضله باید از روش فعال (Active Resistive Testing) استفاده کرد.

- در DM علاوه بر درگیری پوست، درگیری عضلات هم داریم و در نهایت ممکن است در

DM پوست درگیری داشته باشد اما میوزیت وجود نداشته باشد.

DM sine PM نام می گیریم.

۱- Amyopathic DM نام می گیریم.

- ضایعات پوست قبل از میوزیت رخ می دهد.

میوزیت → DM → اول درم

۲- ضایعات پوست در DM:

۱- علائم کوترون: با پاپول یا بولاک های قرمز رنگ اطراف MCP و

PIP گریه اختصاص هستند.

۲- هلیوتروپیک راش (Lilac-colored): یک راش با پس منفی پروژی ایک فوتان

است و این تغییر رنگ همراه با ادم یک است. (اختصاص برای DM)

در ۷۰-۶۰ درصد بیماران دیده می شود.

۳- Shawl sign: یک راش ارتجاعی در گردن که شال کشیده می شود.

(در درم، در شانه)

۴- Poikilodermatosis: یک ضایعه ارتجاعی با رنگ های مختلف است.

شیر صورت در گردن دیده می شود.

۵- V-sign: راش ماکلو با بولا که در شکل V است و بیشتر در قدام Chest دیده می شود.

۶- درگیری اندک های مختلف در DM و PM:

۱- GLE: بیش از همه درگیری در PM و در ۱۰٪ PM ها و در ۵۰٪ DM ها

روی درگیری شود. عضلات خطی در گردن، در ناحیه "اور و فارتزایل" در دست ها

می دهد. در نهایت ممکن است قسمت های پاستر آبی مثل بدن و دره با یک

در دره بزرگ هم درگیر شوند.

۲- هم DM و هم PM می تواند گسترده باشد اما در DM

درگیری زبان و در نهایت یک خط خطی برای درگیری عضلات تنفس است.

۳- سیستم تنفس: درگیری قاعل بوده عضلات تنفس از جمله دایاگرام در ۵۰ درصد بیماران رخ

می دهد، ILD، واسکولیت ریه، PHTN نیز ممکن است روی

دهد.

۴- قلب: تا ۱۰ درصد موارد می تواند درگیر شود که آریتمی، بولاک قلب و کاردیومیوپاتی می دهد.

شدت درگیری قلب و ILD ممکن است مستقل از شدت میوزیت باشد.

۵- مفاصل: آرتريت قرینه مفاصل کوچک ممکن است دیده شود. پس آرتريت غراب در

است.

نکته:

بر خلاف سایر گریه های DM و PM عضلات صورت و یک چشم درگیری می شوند.

علاوه بر DM ضایعات پوست مثل از درگیری عضلات است. PM و DM میوزیت

اختلال حسی می شود.

۶- اگر EMG کنیم، در EMG و Action Potential ها کوتاه و زمان هم کم

است.

۷- می توان AP های پان ماژیک را به علت فعال شدن غده های خونی عضلات

است. افزایش فیبر بلاستون عضلات وجود دارد.

نکته: در DM و PM واسکولیت نکروزانته ناشی از است. به نظر می آید واسکولیت ریه

در درم و DM دیده می شود.

و تو می دانی که کارهای سپاس است و می باید دانست که اگر عملات میزدند که شده باشد
بدریس اندیش ندارد.

از MRI میں تھوڑا سا انحراف عضلہ مناسب ہو جس سے حرکت جوں کی توہاں ہو۔
اسیب رازان میں دھند۔

۱۰. PM و DM (کمپوز) شش بدنی بالابت

التمه جدیدی است حاکم مرتضای مابعدجسمی بیشتر در اندر درس (۵۰ سال) از پیشانی نویسنده
مرتضای مابعدجسمی حاکم شایع در حایفه (زیر کوه) ، سیستان ، نیرستان ، خرمدراس
می باشند

CA 125 , Rectal Exam , PSA , TVS , CXR , Abdominal USG

● در حال :

Taper کی نسبت

۱۔ سکول سپورٹس اسکول فضا مالدیہ میں سماوان مقام سے کون تریں مؤثر ہے

DM و IVIG مؤثر است.

$$\therefore DDx \odot$$

میزب های دوری، مکتب های داری / اختلالات اندوکرین و متابولیک (هیپوگالمی،
هیپوکلسم، هیپوآلبرترنوسمی، هیپوآلبرترنوسمی، کوشت / داراها (کرونی)،
مردمن، کورکس، ریسی سیلاس، الک، دارهای آنتی سید جفا استاس ها،
دارهای ضد HIV، سکسپنریس، عدیدرکس کورکس، ... / دایش گرامس /
رادیوسونوگرافی / گشماره ...

نکته: در سوابق نامش از کودتای ۲۸ تیر هم جا با بالا نمی‌روند

"IBM"

"IBM"

منبع عملیات بر مبنای محال است ولی خیلی زود دستاورد مهم در گری کند پس در گری با لاری
۵۰ سال است. مشرقی سازی تدریجی است.

درین سال عملیات انگلوزیران حاکم واکوئل و نسیم رحمن انجام اسلوسد
است.

IBM \rightarrow Independent Betamethason

با ILD، تب، نفوس زود و از ترسیت رانجه دارم. یا منجم برمان صوفاست.

به مجموعه ILD + تب + پدید آمدن ریزش + آرتریت + Anti-JO^{+} منتهی می شود

Anti SRP : در ۵ درصد موارد در دیس شود. بیشتر با PM در دیس شود. با ضعف شدید عضلات، شروع ناگهانی و طبلش قلب را بلند دارد. با نوبت به درون صغیف است.

راه: SRP را شروع کنیم! عدول من پائین آمدن از مسیر را بگوئید:

SRP سترجی ناگوان
ماش فلف
صف سترجی ناگوان

۲- Anti M1: در درون موارد مثبت است. با DM رابطه دارد. با علامت شال علامت V (رشدش از حد که شکل فریست) رابطه دارد.

باسم پروردگار حق است. $V = \text{Victory} = \text{خوب شدن}$

$V_{\text{مایه}} = \frac{M_i - 2}{\text{مایه}} \text{ DM}$

تصميم:

برای این شرح حال ، معاینه ، چک آپ و تیم های عملیاتی و موبایل ، بازار و عملیات استوار است

۱- در آن شخص میبایست، بیار یا بد صفت عمل را داشته باشد که عمدتاً پرور عالی کند و در آن نه ولیکن را در گرس کند و عمدتاً فرشته است.

ما بدو رقت صفت بمصلحت را از رزق عسلانی که مخبره محمد رست حرکات من شود اقرار داد.

۱- افزایش آنزیم‌های عضلانی (افزایش LDH، CPK، آلدولاز).

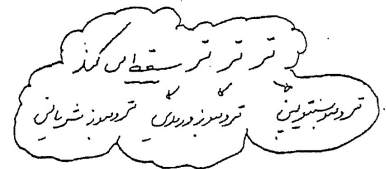
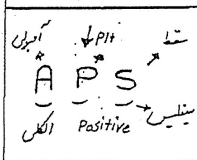
- در بویس باید التهاب درون شود . در PM التهاب عمدتاً در اطراف سیم های عملانی است (یعنی اندرونیال) ولی در DM عمدتاً در اطراف فاسکیل های عملانی است (مرکزی نریال) .

Connective Tissue در اطراف هر عضو عمل می کند ، مانند منبر عظیم نام دارد . به گاه عضله منبر عمل می کند تا در تمام قسمت های بدن دوباره یک Connective Tissue در اطرافشان داریم که منبر عظیم نام دارد .

۱- جنید میر عبدلہ کی ماں کا نام اسگون کی گونڈی، ان کے بیٹے کی ماں اسگون لاہور کا ایک بڑا اور جھوٹا DM

بہترین عضلہ جست پرری ، عضلاتی ہستند کہ در دماغہ بیشتر در گردن کہ معمولاً بمعضلہ

سندرم اترش که با ترومبوزهای مکرر عروق و یا سقطهای مکرر در حوضه شست درون اترش (بارک اترش فسفولپید APL) مشخص می شود.



مکانیسم:

۱. APL Ab منجر به فعال شدن اندرویدیم عروق با واسطه تا ۲-۳٪ تولید ترسقه (GPII/III) می شود.
۲. GPII/III فعال شدن بلاکتهای واسطه ماکرو فون و پلاکت داخل می کند. شریک فعال شدن این اثر سلولیت APL منجر به ترومبوز می شود.
۳. بلاکتهای واسطه می کند و منجر به افزایش حساسیت آنها و تولید ترومبوسیتان می شود.
۴. می تواند منجر به مقاومت اترش در اثر ضد انعقادی ProC و آنکسین A5 شود.
۵. آنکسین را از حسیت حواس می کند و منجر به سقط می شود. سقط ترومبوز با واسطه تحریک کیلیان است و مهم ترین اثرهای این سندرم علت اثرات ضد کیلیان آن است.

تظاهرات بالینی: گروهی از بیماران که APL Ab دارند سرایم دچار علائم می شوند: ترومبوز شریک و دردی بدتر برگ با پیرانه منگی است و رخ دهد.

ترومبوز دردی: شایعترین است و معمولاً در اندام تحتانی است.

تا ۵۰٪ موارد منجر به آمبولی دردی می شود.

شایعترین محل ترومبوزهای شریک CNS است و مایکروسالین به نسبت سکه عروق، تشنج، سالیگوز و درامس است.

بلیت عروق، مکرر و سندرم گلن مایه بهم گزارش شده است. مسکن است منجر به مکرر ترومبوز شود و جراحی کلیه تاخیر می کند و ترومبوز شریک کلیه رخ دهد.

همه شریک ریه های قلب (اندوکاردیت لیسن ساک غیر عفونی) غالباً رخ می دهد و مسکن است نشأ اسیرا باشد.

MR شایعترین اختلال است و در اندام AR شایع است.

این اختلالات غالباً بدون علائم هستند.

همه شریک ریه ها منشرات و به نسبت منجر به بزرگی می شود.

سقطهای مکرر خصوصاً بعد از حفره دم حاکی از رخ می دهد.

عوارض حاکی از سندرم شامل: زردی، IxR، تولید دردی، ناراحتی عصب لاکویدرمانوس، پره اکلاسیس، سندرم HELLP می باشد.

ترومبوسیتوپنی در این بیماران با $PH > 50000$ مشخص می شود و به نسبت خون دردی

می دهد.

آزمایش خون: اشباع اترش مسکن است همراه با ترومبوسیتوپنی دیده شود.

مسکن است و دچار سندرم ترومبوسیتوپنی می شود. زخم یا، کالکون، ترومبوسیت، آنکارکوس سترنا من، مکرر بستر و پیریورال مکرر دردی می شود.

نکته: β_2 GPII/III اترش انعقادی دارد.

ت حاس APL باید حداقل ۲ بار به واسطه حداقل ۱۲ هفته دردهای از آنکسین تا بید شده باشند. همین اترش منشرات APL ها در عصبیت، مبعضی، داروها و بعضی از بیماری های اتو ایمون دیده می شود.

APL شامل مجموعه ای از Ab ها است که علیه β_2 GPII/III، پروترومبین، کلاویورین، آنکسین A5 و بعضی از فسفولپیدهای با اترش عمل می کند و از نظر کلیکی LAC، ALC، β_2 GPII/III هم هستند.

LAC (آنتی کواگولان لیوین) و ALC (آنتی کلاویورین) در ۱۰ درصد حسیت شریک هم می شوند.

دروش های منشر برای منشر LAC و در اندام مثل PTT منال شده، اندازه از سم انصر: Kaolin-clotting Time، PT منوق شده

درمان با داروهای ضد انعقادی با این است که تا حد امکان می کند.

نکته: وجود LAC، منوق ترین پیش گوئی کشته ترومبوز است.

ALC منشر IGM، IgG یا IgA وجود دارد و با اترش سجده می شود.

شایعترین ویژگی مربوط به IgG است با زمانیکه Ab ها با تتر بالا می شوند.

APL می تواند تجمعی (لایه) باشد و یا در بعضی با سایر بیماری های اتو ایمون باشد (مانند) و مستقیم علت ثانویه لیوین است.

APL در ۵۵-۱۶٪ بیماران لیوین شست می شود.

دقت در لیوین APL شست شود نه تعارض ترومبوسیتیک و حاکی از آنست که با بلاکتهای شانس P-HIT، اندوکاردیت لیسن ساک، و عوارض نورولوژیک (تشنج، سکه ...). هم اترش دارند.

آسیب کلیه در ۲۵ درصد بیماران APS دیده می شود که به صورت نارسایی کلیه، حادترین ترومبوز عروق کلیه و یا PRO لیوین > 29 می باشد و مسکن است که در اندام مکرر دیده می شود.

تعدیاتی APS بیماری لیوین بعداً با شست شدن LAC رابطه دارد تا ALC.

بافته های لیوین APS اولیه به نسبت درگیری عروق کوچک کلیه است که علائم بر ترومبوز عروق، هیپرلاپری انتهای شریک های بن لریل دیده می شود.

" درمان "

۱- در بیماران که ترومبوز عروق داشته اند، داروی ضد انعقادی بصورت نامحدود تجویز می گردد.

داروی انتخابی " داروهای " است و هدف INR بین ۲-۳ است.

✓ امروزه در کل INR بین ۳-۴ توصیه می شود.

- از هیپارین کامل یا LMWH هم می توان استفاده کرد ولی در بیماران الکلی بود که با وجود

درمانیت داروهای دچار عود ترومبوز می شوند یا درگ های که حامله هستند.

۲- غرض اصلی از تکرار فقط ترکیب هیپارین و اسپیرین ضایع است.

IVIG و پلاسمافریز در موارد متناوب بکار رفته است ولی نتایج ملموس داشته است.

- بیماران که از قبل روی داروهای هستند باید قبل از حامله شدن داروهای تبدیل به

هیپارین شود چون داروهای ترومبوتیک است.

۳- درمان آنفولانزا که APL دارند با ترومبوز ندارند به منوع بودن نیست.

اسپیرین با دوز ۷۵-۱۰۰ میلی گرم استفاده شده است اما سودمندی آن

اثبات نشده است.

حدود یک کلوکسین ممکن است از ترومبوز جلوگیری کند چنین می توان از انعقاد

APL به منفی رسید جلوگیری کند.

- اسلج ماکتورهای خط ترومبوز از جمله عدم تجویز OCP هم است.

- در منوع جراحی با عدم تحرک طولانی مدت برای جلوگیری از ترومبوز مابین بیماران را در

فقدان اعتقاد دارد می شود.

- کورتون و داروهای سرکوب کننده ایمن در درمان ترومبوز تأثیر کمی دارند مگر در APS

ضعیف بار.

- در این بیماران ترکیبی از کورتون + داروی ضد انعقادی و یا پلاسمافریز تجویز می گردد.

- سیکلوفسفامید در CAPS بیماران لوپوس کاربرد دارد.

- حتماً ترنس عفونت ها در این بیماران انجام شود.

سندرم آنی فسیفولید میفت مار (Catastrophic)

بیماری بصورت ترومبوزهای متعدد با وجود Ab های ضد فسفولیپید و بیماری

تشدید کننده حیات نظامی می باشد و شبیه به TTP یا Sepsis دارد.

احتمال عفونت در این بیماران سندرم معقولات.

نکته: مت مثبت کاذب برای منیس کردن بیماری از بیماران LE می باشد

می شود علواً توسط Ab های ضد فسفولیپید ایجاد می گردد.

تشخیص

۱. احساس خشکی بیاثران باید از نظر Objective تأیید شود.
۲. حداقل یکی از آنتو آنتس باری های RF ، Anti RO ، Anti LA ، ANA باید دیده شوند. LORa شود در گر...
۳. تشخیص های اختراقی باید رد شوند: کمپلکس دوز، سارکونیدوز، هموکروماتوز، HIV، هپاتیت B و C، سینیسیس، لوکمی سول T، MS، صوف و لایه های آنتی گولیتزیک، الکلی، ماری جوانا.
۴. بهرگاه بررسی شود در شوگرن یک گرم، باید بویس از لب تمایز اینجای که جمع Cell-AT.
۵. CD⁴ دیده می شود (در HIV تجمع T-Cell های CD⁴ را داریم).
۶. HIV می تواند منجر LAP نشتر شده شوگرن شود ولی سول های مانع عمدتاً
- لستویت های CD⁴ هستند و عمدتاً خشکی دهان ایبار در کدنا خشکی چشم.
۷. عادت شوگرن می تواند نگرین و دریم و بطور پادرتید ایبار کند.
۸. سارکونیدوز یک بیماری گرانولوماتوز است. برای شوگرن گرانولوزم نداریم.
۹. برای اثبات خشکی چشم از تست شیر استفاده می شود.
۱۰. در افراد نوزاد بعد از ۵ دقیقه باید حداقل ۵ mm خیس شود.
۱۱. اگر زیر ۵ mm خیس شود یعنی شیر (+) است.
۱۲. درین خراش قرصه باریک آنتی روز بنگال عم از شمد است.
۱۳. کاهش ترشح بزاق را می توان به کمک سالیترین تحریک تشخیص داد.

درمان

- در مانها عمدتاً حمایتی است.
- برای آرتروز NSAIDs و داروهای آنتی فالاریا استفاده می شود.
- در گرگرهای ارگانیک، کورتون می دهیم.
- برای خشکی چشم در دهان از آنتی دزاق مصنوعی استفاده می کنیم.
- رعایت بهداشت دهان و دندان، استفاده از ترکیبات حاوی فلوراید موثر است.
- برهیز از مصرف شیرین دگلوز تو صید می شود.
- برای تحریک ترشحات می توان از بیلوگاربین یا سولمین استفاده کرد.

شوگرن یک بیماری التهابی مزمن است که می تواند به تمامی دیده شود یا در زمینه سایر بیماری های اتوایمن مانند RA ، PBC ، SLE (شایع ترین) باشد (در FPM).

شوگرن یک بیماری سیستمیک است ولی بیش از همه در گرانولوز کرونیک، سینیسیس، سندرم شوگرن و در آن رادگر می کند. شایع ترین تظاهرات بیماری، خشکی چشم و دهان است.

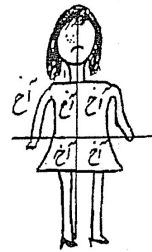
شایع ترین تظاهر خارج چشمی، درگیری مناسیل در سید است.

علائم:

۱. خشکی واحساس جسم خارجی در چشم
 ۲. خراش قرصه، قرصه چشم
 ۳. خشکی درم دهان، خراش و دزاق، GERD
 ۴. در سفاش، ناراحتی یا گولوس
 ۵. دریم غدر بزاق در گرگر غدر بزاق در ۲ ساله دیده می شود.
 ۶. در گرگر بنگال TID مزمن شایع ترین قسم است. می تواند RTA هم بعد از GN باشد.
 ۷. در گرگر سارکونیدوز اسکلتال (پلی آرتروز، پلی میالیت).
 ۸. در گرگر هپاتولتری (LAP راسینوگال) گولوس شایع است.
- نکته:
- LAP به قدری می تواند زیاد باشد که مایل به سوزش شود و راسینوگال کند.
- نکته:
- شوگرن شایع ترین قسم درم افزایش می دهد و بیشتر از نوع B است.
- بهرگاه در گرگر بیماری شوگرن شایع کاهش وزن، با توره بدن و مایوزگی یا باریک غدر بزاق دیده شود باید در مکر اسانه سید لب لغوا بود.
- ۹- ممکن است هپاتوگال و PBC وجود داشته باشد.
 - ۱۰- نوردریات محیطی
 - ۱۱- در گرگر CNS (CVA ، MS ، اختلال شناختی، مهیت عصبی).
 - ۱۲- درمدهای التهابی تظاهرات نورولژیک دارند.
 - بیش از همه اعصاب محیطی را در گرگر می کند گرچه CNS هم در گرگر می شود.
 - شایع ترین قسم در گرگر CNS، مایل به فوکال یا موزی فوکال شبیه به MS می باشد.
 - شایع ترین قسم در گرگر PNS، نوردریات بهره مایس استری است.
 - EMG و NCV در ۵۰ درصد موارد غیر طبیعی است.
 - ۱۳- در گرگر سیستم تنفسی (ILD ، برنشیت مزمن ، BOOP ، هیپوومنیت نیانسی الویس)
 - لستوم کاردی بهره مایل های راحل در می.
 - ۱۴- دیده رنور، واسکولت لکوکلاستیک
 - ۱۵- همیو تریدید
 - ۱۶- خشکی پوست و مخاطات، میویدرا در دزلام تمای، ریس پارید
 - ۱۷- ضایعات قوتو سینیتری

فیبرومیالریا

- مبتلا به آن فیبروزیت گفته می شود.
- در جامعه خلیج شایع است و در خانم ها ۹ برابر آقایان است.
- یک نوع روماتیسم بافت نرم است.
- در ۲ درصد جمعیت و تا ۷ درصد خانم ها دیده می شود. ۱۰ درصد مبتلایان تا ۲۰ سالگی می شوند.
- بیماران با درد منتشر عضلانی، استخوانی و خشکی بدن و یابوستری مزاحم می کنند.
- این علائم باید حداقل ۳ ماه وجود داشته باشد (نرس).
- احشای درد و خشکی منتشر است یعنی محدود به چند محل خاص نیست.
- علاوه بر باید در ۱۱ نقطه از ۱۸ نقطه زیر تندرست وجود داشته باشد تا میگوئیم فیبرومیالریا وجود دارد.



- نکته مهم بیماریان شرح حال عفونت و دروس دارند و یک سیم شرح حال خاص قبل از آغاز فیبرومیالریا ندارند.
- معاینه معطل و عملیات نهال است.
- این بیماریان از تورم مفاصل شکمی اند و در معاینه کامله نهال است.

تمام قسمت های آزمایشگاهی نهال است.

- بسیاری از بیماریان نامحتملی روانشناختی دارند، ۷۰-۳۵ درصد آنان MOD دارند.
- IBS، میگرن و حملات پانیک هم دیده می شود. این افراد در درخت می شوند و خواب خوبی ندارند چون مرحله IV خواب بن خواب است (Non-REM).
- در خواب گرم و تعطیلات بهترند.

پایه نرس:

- بعضی می گویند به علت خواب بد و یا به علت خواب ایجاد می شود اما تا بیدار شده است.
- در بعضی افراد پاسخ ترشحی کورتیزول در استرس ها کاهش دارد.
- در بعضی افراد سردترین خواب و در بعضی GH پاسخ است.
- در بعضی افراد ماده P در CNS بالاتر است و این امر باعث می شود؛
- آستانه درد پاسخ باشد.
- این بیماریان با PMR (که گریز می کنند و شانه را در می کشند و آرنج و ESR دارد) فرق می کنند.

کلیه در فیبرومیالریا: آرنج و ESR نداریم.

- تشخیص حال اکثر این PMR، جیسو ترشیری، پلی سوزیت، مراحل اولیه RA و SLE می باشد.

این بیماریان از علائم هم RA و SLE و ... چیزی ندارند و نیازی به ANA، RF، ... نیست.

درمان

- این درمان، اعتماد و گاهی دارون به بیمار و مصرف دارو است.
- برای درمان، ترکیبات TCA و نوزوپامین ها مؤثر است.
- نوزوپامین این ترکیبات مؤثر است در خواب می شود.
- ترکیبات SSRI یا گاباپنتین کمپوس در عارضه مایه زپاس TCA مؤثر هستند.
- در درش حال حوازی توصیه می شود.

وای به حالون اگر ایس از NISAID بیاید!

نکته: شایعترین علت داری کورتین است.

”روحش جگہ نہ کر اے استخوان“

الف) Quantitative CT: حاس برتن رشتن است اما دوز رشتن زیاد می باشد
قابلیت تقسیم بر سایر اشعه ها کم می باشد

(ب) سوئزرگانی از کالکائوسوس : گهرین رقت رازدار . اشعه ندارد .

• Dual Energy X-Ray Absorptiometry "DEXA" (2)

.. روش ایده‌آلی است. Gold Standard است.

- انرژی X-Ray (از جهت تابش در آن ماده) (Lat & AP) و Density
حک می شود.

۱. معمولاً گران از هیپ و سروها هستند، شور

- در حیطه من توان دانشیه توانایی حیطه با گردن خود را در کار قرار داد من در حق نویسنده محل را استخوان با عدد مهر ها هستند از مخصوص در حیطه را که آسب گردن تکیان بیشتر است باید از این نالین استفاده شود.

ملکوت : باید اطلاعات مربوط به جدول ۲ مه ۲۰۰۹ به در دست باشد تا بتوان تغییر کرد.

- دیکھیں یا تو دیکھیں Dexa عدالت میں و جیب افسانہ میں نسیم

۲. F_x چیست بدترین شکست حاصل می شود و بزرگترین شکست که این شش از ۲۰ درصد است

۹. F_x های هیپرتان ریخ می دهد. / گسختن حال آن بود از تان ریخ می دهد.

- فقط $\frac{1}{3} Fx$ مهره ای به نزدیک مراجع می کند.

- شکستگان حال مهره محمدتقی را پس از استرس خفیف شش سینه و هم شدن رخ می دهد.

در کنگره استورژن ، استورژن مرتباً با بن و معرف کورتون ، التموان المعنی بیشتر
 چهار یکی می شود ولی در هیچ یاز التموان کورتیکال بیشتر چهار یکی می شود .

- بر چند سال اول پس از منوچهر، تمام استخوان ۵۰ درصد رسال کاهش می یابد.

نکته :

اگر بیمار استئوپت داشته باشد مادر مدیت و محدود کننده سیرین ادریم عروق مثل ادرت
ممکن است DEXA به غلط بالا گزارش شود.

- بر DEXA پائین، باید که استئوپوروزیت نه استئومالاسی ترکیب از آن دو باشد پائین است
ولی استئوپوروزیت

تازه‌ای که ۳۰ درصد استخوان از دست نذر، ممکن است مجلس داده می‌باشد پس
روش معتبری نیست.

نکته: ریاستد پروفسور دانش اسکلوز، دانشیه اتهموان کما حق ندر در اسلامه انزال دار.

شایعترین بیماری قناریک استخوان س باشد.

- بابت منزل و بابت استیوئید بطریق کلیت کا حق بابتہ است و بابت عیالات است
مگر اندر دھار ۴۸ پور

۲. بخشی های مهمی از علامت هستند.

- بهیارانی که استرپتوکوک شدید میده ای دارند ممکن است دچار کولریا قد، کنگیز و

« دلایل متابولیکی پائین بودن DEXA »

- ۱- استئوپروز ۲- بیماری پازه استخوان ۳- هایپرپاراد ۴- استئومالاسی
- ۵- بیماری ژنتیکی (هیپرپاراتیری) : در یکسدم ژنتیکی است که Densiti استخوان پائین است. ریحار در استخوان و شکستگی می شوند و دما در ستر Aikp نمی باشند. متعاسین در رشت مربوط به الکالین فسفاتاز رخ داده است.
- ۶- ش قیرین اختلال ژنتیکی که منجر به کاهش تراکم استخوان می شود، استئوزنایپرکتا است. متعاسین در رشت کلایف نیب I ش قیرین علت آن است.
- ۷- بیماری انفری استخوان را استئوپروز، سارکومید، MM و لوس آئمی مزجی، لنفوم، گروته، و لاندنترم.
- ۸- استئوپتوز میوید
- ۹- استئوپتوز میویدی

- سیدم استئوپتوزیس سیدوگمیو : AD است. ترکیب استئوپتوز در رشت است و علت متعاسین غیر فعال کت در رشت VLDL است.

نکته: - بیشتر کم پائین الزاماً در همان استئوپتوز نیست.

- در تمام بیماری استئوپتوز باید بررسی علل ثانویه ایام شود:

- ۱- سطح سرس Ca و Alb مهم در کون هیپرپاراتیری و سیدوگمیو.
- ۲- اندازه گیری سطح ۲۵ هیدوکسی ویتامین D
- ۳- الکالین فسفاتاز جهت ارزیابی پازه، سیدوز، کمبود VitD، بدخیمی.
- ۴- کارکرد کلیه و کبد.
- ۵- کلیم و کراتینین ۲۴ ساعه ادرار برای ارزیابی سیدوگمیو و هیپرپاراتیری.
- ۶- بررسی سلیک در رشت از آنجیک یا مثلاً به سیدوگمیو اوری.
- ۷- TSH
- ۸- در افراد بالغ آنجیک آلتر دوز، Pro های سم برای در کون MM.
- ۹- غنای سطح سرس PTH حک می شود.
- ۱۰- بررسی استخوان: شدت کاردر دارد.
- ۱۱- داروهای خوش استخوان: جنبه تحقیقاتی دارند.

« معیار WHO برای تعریف استئوپتوز »

- T-Score : هم می باشد (Z-score) می ت

- در T-Score دانسیته استخوان بیمار با Peak دانسیته افراد هم تراکم همجنس اولی جوان حدود (۳۰) سال مقایسه می شود:

- اگر تفاوت دانسیته تا (۱-) باشد به Normal است. (مثلاً ۵۰۰)
- اگر تفاوت دانسیته (۱-) تا (۲۰۵-) به استونی (Low bone mass)
- اگر تفاوت دانسیته حداقل (۲۰۵-) باشد به استوپروز (مثلاً ۲۰۸)
- نکته: در بین استخوان های مختلف ملاک تعریف، بدترین دانسیته است.

« اندیکا سیدوهای ایام BMD با DEXA »

- ۱- تمام خانم های Post Menopausal کمتر از ۶۵ سال که ۱ یا چند فاکتور خطر Fx (میزوپوز) دارند.
 - ۲- تمام خانم های بیشتر از ۶۵ سال.
 - ۳- تمام خانم های Post Menopausal که ریحار Fx می شوند.
 - ۴- تمام خانم هایی که روی درمان استئوپتوز قرار دارند (مانند HRT)
 - ۵- تمام مردان نزدیک ریاس وی ۷۰ سال.
- در بیماری که روی درمان هستند DEXA بعد از دوسال تکرار شود.
- بیشترین تأثیر درمان در استخوان های تراکم بالا یا همان اسفنجی است از بیشتر استئوپتوز هم در استخوان های تراکم بالا است.

نکته: ارزش سیک کردن DEXA در زنان ناشخص است.

- بهترین بایج به درمان در رشت نه است.
- استخوان پشته تراکم بالا است ولی علت دنت پائین باید در رشت میویدی همان الزام استفاده شود.

درمان استئوپتوز در چه افرادی مدطری باشد؟

- ۱- در تمام افرادی که دانسیته استخوان حداقل ۲۰۵ اختلاف معیار پائین است.
 - ۲- تمام بالغینی که ریحار شکستگی مهره یا هیپ شده اند.
 - ۳- شکستگی تلی و نرو آسن ۱-۲۰۵
 - ۴- نرو آسن ۲۰۵-۱۰۱۰ تا سه و نرو آسن ۱۰۱۰ تا سه شکستگی هیپ ۳۰۰
 - ۵- نرو آسن ۲۰۵-۱۰۱۰ تا سه و علل ثانویه برای ریک بالان شکستگی و در پشته باشد.
- با بیشتر باشد یا شش ۱۰۱۰ تا سه تمام شکستگی حداقل ۲۰۰ فرود باشد.
- ۵- نرو آسن ۲۰۵-۱۰۱۰ تا سه و علل ثانویه برای ریک بالان شکستگی و در پشته باشد.
- با شش سه سوک کردن، عدم تحرک کامل.

« فاکتورهای خطر شکستگی »

Female، وزن < ۵۸kg ، الکل (رشت) از دوزت ندرت، سیگار، سابقه شخص یا خانوادگی Fx ، بیماری که فرد راسته اندازن کند (MS)، ماکسول بیماری های چشمی ، ناشکشی زودرس ، در کمتر از ۴۵ سالگی ، ریاست کم کلیم ، عدم تحرک ، سن بالا ، سوک کردن خودگی < ۵۰۳ ، محدثت پائین و ایفتر.

بیمت سیگار و الکل و ماکسول ایام کون گذاریم که می طر قو کم شکستگی سیگار، الکل < ۵۸kg وزن کون فقر رشتوپوز

انس کار میگیری است.

- باید بیانات کلیم و VitD مناسب باشد. معزش لازم است.

- معزش های تحمل کتده وزن هم هستند.

- خرابی ریه شکم، بهترین اثرش را به ستن دارد و دردی کند و بد است.

- اثرات منفی و معزش فقط به ربط به دوده ای است که خود معزش می کند و قابل رفعه برای آینده می باشد.

- کلیم معزش نیاز بالین، ۱۲۰۰-۱۰۰۰ mg/day است. اگر معزش در یاس ها بین

۸۰۰-۶۰۰ واحد VitD دارند. امروزه برای بالین تا ۱۰۰۰ واحد هم توصیه می شود.

- در افراد مسن اگر چادر گیرد VitD هستند بهر جهت ۵۰,۰۰۰ واحد به مدت ۳

ماه به منظور معزش کردن VitD توصیه می شود.

- VitD۳ نسبت به D۲ ارجح است. بهر جهت نیاز به VitD معال وجود دارد.

- VitD۵ فواید دیگری مثل بهبود قدرت معزش و کاهش سرطان پروستات کولون و پستان هم دارد.

- اگر تعداد فرد کاس باشد، نیاز به درمان اضافی به صورت دارد می باشد.

- در معزش لادن دارد، باید در کربنات کلیم همیشه همراه غذا مصرف شود و بی مسترات کلیم را نه به صورتی می توان مصرف کرد.

" درمان استرئوز " :

۱- HRT :

- استرئوزن تغییر می شود. در استرئوزن معقاب تجویز میجر به سولاد زبری شود :

- کاهش فعالیت سترگی

- افزایش جذب کلیم از GI

- کاهش متابولیت استرئولاست

- افزایش متابولیت استرئولاست

- در بعضی مطالعات، HRT تجویز به کاهش ۳۶ درصدی در Fx های Hip و ستن

مهره شده است و بهر تأیید FDA هم هست.

- استرئوزن، سرطان کولون را کاهش داده، بر چربی اثر مثبت دارد (کاهش LDL)

- بهر علامت گرگرفتگی مادمات می کند و سرطان پستان، ترمیم، شک معزوری

- خطر بیماری های قلبی - عروقی را افزایش می دهد.

- بنابراین HRT امروزه برای درمان و پیشگیری کاربرد ندارد و فقط برای درمان

گرگرفتگی، کم کاری زرد.

۲- رالوکسین :

- اگر نسبت گرفته استرئوزن روی استخوان است.

- برای درمان و پیشگیری استفاده می شود.

- ترکیبات استرئوزن زمانی بهترین تاثیر را دارد که در ۱۰-۵ سال بعد از شروع

شروع شوند.

- دانسیته استخوان را در ستن مهره ها، ۴ درصد و در کولون ۲.۵ درصد در طی ۳ سال

درمان افزایش می دهد.

- ۵۰ درصد Fx مهره ها را کاهش می دهد اما برای Fx هیپ اثر ندارد.

- رالوکسین باعث ۳۰ درصد کاهش در کاسری پستان می شود.

- تحقیق بر چربی ها اثر مثبت دارد (باعث کاهش LDL و کلسترول توکل می شود).

- تاثیر بر ویل آت و تاثیر هم روی حرکات قلبی، عروقی ندارد.

- کاهش اثر دتر را افزایش می دهد. همین آتاکونیت استرئوزن روی باعث آتاکونیت است

رالوکسین، اگر نسبت استرئوزن است و کاهش اثر دتر را افزایش می دهد.

- خون بری هم نمی دهد و در دندرس پستان ایما نمی کند.

نکته :

رالوکسین معزش شانس DVT را افزایش می دهد.

نکته :

رالوکسین علامت گرگرفتگی ناش از ماینگ را کاهش می دهد و مسکن است این را تاند

کند.

- رالوکسین روی استخوان، آتاکونیت استرئوزن است اما کاربرد آن برای شکات استخوانی

تأیید شده است.

	Bone	Breast	آندومتر
رالوکسین	آگونیست زایید شده	آگونیست	آگونیست
تاموکسین	آگونیست	آگونیست زایید شده	آگونیست

۳- بیس فسفونات ها :

- اساسی جلگیری در درمان استرئوزن هستند.

- ترکیبات بیس فسفات برای محبت استرئوزن یا سولاد زبری معزش می کنند.

- قوی ترین دسته دارها برای کاهش فعالیت استرئولاست هستند و بیش از هر داردی دیگر

دانسیته استخوان را افزایش می دهد.

- این دسته، ستر کلسترول را در استرئولاست کاهش می دهد.

- Alendronate، دانسیته ستن مهره را ۵ درصد و هیپ را ۴ درصد در طی ۳ سال درمان

افزایش می دهد و تجویز به کاهش ۵۰ درصد در شکستگی مهره، لگن و ماعد می شود.

- روز درمان ۱۰۰۰ میلی گرم روزانه یا ۷۰ میلی گرم هفتگی است ولی دوز پیشگیری آن

۵۰ میلی گرم روزانه یا ۳۵ میلی گرم هفتگی است.

- گروه های تأیید شده در استخوان :

- Alendronate : درمان پیشگیری استرئوزن ناش از کورتون و استرئوزن مردان.

- Risedronate : برای پیشگیری و درمان استرئوزن ناش از کورتون و درمان استرئوزن

مردان تأیید شده است.

- Ibandronate : درمان پیشگیری استرئوزن یا شک دوز درمانی آن می تواند ۳ میلی گرم هر

۳ ماه باشد.

- Zoledronate : برای درمان استرئوزن یا شک تأیید شده است. برای پیشگیری تأیید

تشریح: ۱- دوز ۱۰۰ میلی گرم IV هر ۴ ساعت (۵۰)
۲- داروی دیگر هم برای درمان عدم پتگی تا بدست ندهند
۳- از نظر FDA بر ۴ واحد باعث کاهش Fx دوزهای شوند
۴- داروی چشم ششگ هیپ را کاهش نمی دهد. (ایماندوست)
۵- سر دوز دیگر ششگ هیپ را هم کاهش نمی دهد.

تقریباً در یک این دارد می تواند علامت شبیه آفتاب را ایجاد کند معطاد این دارد و می تواند
آفتاب را می و ما را می ایجاد کند معطاد این دارد می تواند علامت شبیه آفتاب را ایجاد کند معطاد
این دارد و می تواند در زلزله و ما را می ایجاد کند یک علامت دارد که معطاد با هم در یک
این دارد و مرتبط است.

استدلال در استخوان شک است. میر بلا میرین و علی عم با میرین از دندرنات کز است
شده است.

گروه پس فصولات در اخلاقیات می، کمتر از یک می باشد (خصوصاً الفصولات)

و باعث ازواجیت در می و گاه سه می شوند

• نظر بر علل از دست رفتن Induced - Pill می باشد، لذا دارد باید استیلا و مابین برادر
معرف شود و تا حد دل ۱۵ - ۲۰ ساعت بعد از مصرف دراز و بسیار دراز نکند. این

داروها باید صبح ها با معده خالی مصرف شوند. اینها بند در زیات راس تولان ۳ میلی
گرم در دین بر ۳ میلی استفاده کرد.

ح. یکس تونس :

- چهارگانه است.

۱۔ نہ بخلت نسبت و عوارض قدرت نہ کار میں رور۔

✓ F_x حسیب راکشش من رعد اما F_x ستن موه لامتدارک کا حسیب من رعد
از نظر FDA مریں دھماں استولویز نورانی گسی تا پیدا شدہ است اما کاربرد
نہیں روتن من باشد.

کس تو من اثر خود در در نر دارد. برای شکر تو تأیید شده است.

: PTH ω

Density: تراکم در استخوان مهره ها و غیره استخوان مهره ها
از راس می دهد

راضی " F_x به راکش دارد است.

۶۵ درمداغت کاهش F_{dx} سترن مهره بی سترن

تراکم را $\frac{1}{2}$ درصد در هر ده ساله ۲۱۶ درصد در هیئت بالای مرتب

تقریباً بارشاید، آنالیز شیک PTH است که برای درمان استئوپروز سوزنوزید
در مردان مورد تأیید FDA است.

برای پیشگیری تأیید شده است. دارتفر FDA شکن HIP را کاهش می دهد
مرای کسبی که ضعیف است در آنجا مستعد است یا اثر ندارد یا می تواند آنجا را فاضل کند

کھارسی رود

معموماً ترک درونم ندارم و استخوان قرصه نمی شود.

به نظر می رسد که سند فوق الزامی، PTH ، بهترین در میان برای استفاده می باشد.

نکته: هر داروهای سنگین مهروای را کاهش دهید و هر برای درمان تأیید شده اند

• نارواحایی که برای شگرایی و درمان تأیید شده اند، دارای تعداد در روز دارو هستند،

دفعہ دیشلی کمتر است

7- در ترمینال است :

- در بیماریان دارای Fx با درددل حادی در مناطق بزرگ مهره ها سیمان تزریق می شود.

۱۰۰ - این در میان در سوازی من علامت کار بر روی فلادر .

نقله: Aikp، داستیوگن، معیار فعالیت استرلاست ها هستند در دسترس استخوان

اسید فسفاز و هیدروکسیریزین، معیار فعالیت استرکولاست ها هستند در حین
استوزن مالام بودند

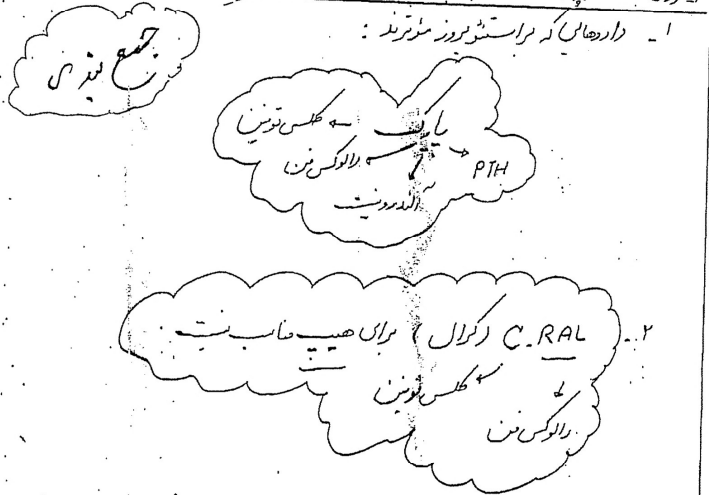
نکته: افزایش تولیدات تنوع در تمام دراروها ناشی است

بسی سفیرات ما که بهترین را در دست دارند، فقط ۸-۹ درصد از کل را تشکیل می‌دهند.

می دهند. محترسین بامید این داروها، جلوگیری از Resorption می باشد.

۱- دانه جدید دانه عجیب (Dorosumale) و فعال کننده فاکتور هسته کا یا دانه خندان
تیا کیمبرها که فعالیت استخوان است. هسته کیمبرها از زمین دریاچه و سستیل کیمبرها (کیمبرها) در ساحل
میدان دریاچه کیمبرها و دریاچه لان و فاکتور کیمبرها (کیمبرها) در ساحل لان و فاکتور کیمبرها (کیمبرها) در ساحل لان
در ساحل لان است. کیمبرها (کیمبرها) در ساحل لان و فاکتور کیمبرها (کیمبرها) در ساحل لان و فاکتور کیمبرها (کیمبرها) در ساحل لان

۱- داروهای که بر استخوانها مؤثرند :



• رستار میهن ۸۸ :

خانم ۵۴ ساله ای که ۱۶ سال قبل یائسه شدن است. جهت نادره در مورد احتمال.

یکی استخوان به شمار راجع کرده است. در آرسون منبغش تراکم (BMD)،

$T_{Score} = 115$ گزارش می شود تخمین بزرگ از مقدار نرم است

الف) نوزاد کم استخوان مجلس است. ✓ ج) Osteopenic است

Sever osteoporosis (ب) رجاہ Osteoporosis است

درستای استند ۸۸ :

خام ۵۱ ساله ای با سابقه شکستگی مهره ها که در اثر ضربه خفیف ایجاد شده است، مراجعه کرده است. یافته های بخش تراکم استخوان بیمار درش DEXA از استخوان های فقرات گردنی و استخوان های ران در شرح زیر می باشد.

$$Spine : T Score = -1.2$$

$$Z Score = -1$$

$$Hip : T Score = -2.18$$

$$Z Score = -2.15$$

وضعیت بیمار را چگونه ارزیابی می کنید ؟

الف) براساس Z Score بیمار در رتبه استئوپروز در فقرات استئوپنی دارد.

ب) بیمار استئوپنی است.

ج) لازم است نت فرق مکرر شود.

د) بیمار استئوپروز دارد.

درستای استند ۸۶ :

عده داروهای زیر در پیشگیری از استئوپروز در یک بیمار ۵۱ ساله توصیه می شود بجز :

الف) استروژن ب) ویتامین D

ج) کلسیم قوی د) آلفا ۱ اندروژنات سدیم

درستای استند ۸۷ :

کدام یک از درمان های استئوپروز متابولیک با شرح زیریک Fx در ناحیه جیب می شود ؟

الف) آلفا ۱ اندروژنات ب) ویتامین D

ج) کلسیم د) PTH آنالوگ

پیش کاروری استند ۸۸ :

خام ۵۱ ساله ای با سابقه فشارخون بالا جهت پیشگیری از بزرگی استخوان با شما مشورت می کند. وی گاهی اوقات سرگیجه متناوب و زمین خوردن می کند. تمام موارد زیر را توصیه می کند بجز ؟

الف) اسکال کلسیم و ویتامین D ب) ورزش های weight-bearing

ج) تغییر راه های مندف رخن د) کلسیم

درستای ۹۴ :

عده داروها زیر موجب کاهش ریسک شکستگی Non vertebral می شوند

الف) تاموکسیفن ب) Teriparatide ج) Denosumab د) آلفا ۱ اندروژن

ریکتر / استئومالاسی

- معده پر درون میکی است ولی ریکتر به نوبت قبل از بلوغ و استئومالاسی بعد از بلوغ است.

- تفاوت استئومالاسی بعد از بلوغ، شکستگی، شکستگی کارد (ملوکی) =

Looser Zone، همگی استخوان های بلند و درجه ها اختلالات دندان و در مین بر حبه دندان، میچ و میل اتصال دندان به عروق که آن Rachitic Rosary (تجرباتی) گفته می شود.

علل: کمبود فسفر و ویتامین D (علل شایع) / کمبود کلسیم (علت حقیقی دارد) / توکسین (ادرسی) / داروهای ضد تشنج / آنتی بیوتیک / استئوپوروز

تشخیص:

بر اساس علائم استخوان ها، آلبومین، AIKP، کاهش Vit D و یا فسفر و یا تدها

در رادیولوژی است: (همیشه با آنتی بیوتیک) $C \downarrow, P \downarrow, D \downarrow + PTH \uparrow$ می توان با تجزیه ترانس کالسین و سپس سنجش استخوان آن را ثابت کرد.

- در مواردی که کلسیم کالسیس استخوان به خوبی رخ می دهد با تجزیه ترانس کالسین خطوط واضح در استخوان به علت ترکیب کلسیم با ترانس کالسیس دیده می شود ولی در شرایط عادی ریکتر، این خطوط نامرئی هستند.

درمان:

استئومالاسی با Vit D، Ca، P یا ترکیبی از آنها درمان می شود.

علل ارثی ریکتر:

1a ریکتر وابسته به Vit D (صفت AR): (VDDR)

- تیپ I: نقص در ترسیم هیدروکسیلاز دارد، اود ۲۵ همت می شود و علائم کمبود Vit D ظاهر می شود.

اما ۲۵ هیدروکسی نرمال تا بالا است درمان: ۱ و ۲۵ OH با دوز معمول.

- تیپ II: مقاومت درگیر در فعالی ۲۵ است. علائم کاهش Vit D وجود دارد.

(OH) ۱ و ۲۵ نرمال تا بالا می باشد درمان: (OH) ۱ و ۲۵ با دوز بالا.

2b ریکتر مقاوم به Vit D (ریکتر هیپوفسفاتیسمیک): (VDRR)

عمدتاً صفت x-linked است و در آتامین شتر است. علت آن دفع شدید فسفر از توبل رنال است. اما کلسیم و PTH نرمال می باشند.

Vit D هم نرمال است.

درمان: تجزیه فسفر است.

- مدیریت برای با شکل کلوی، آتیم انفا-۱ هم مخفی معیوب می باشد.

- این اختلالات ترشیک ویتامین D، تجزیه فسفر کلسی شدید، آلبومین، ریکتر و اختلالات دندان می شوند.

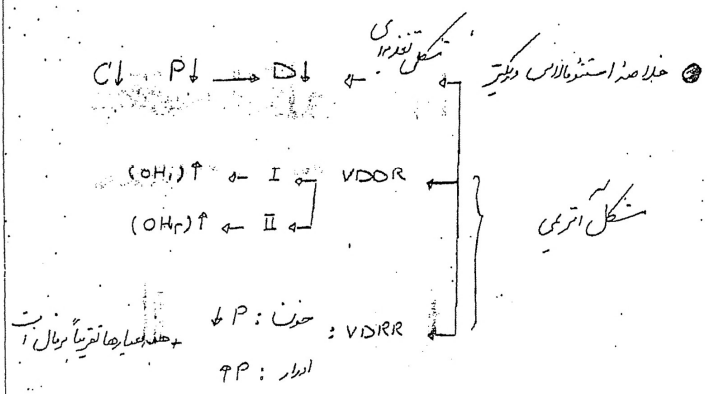
- در ریکتر، AIKP بالا می باشد چون کاهش استئوبلاستیک زای می باشد.

- در ریکتر و استئومالاسی، منیرالیزاسیون استخوان فعلی است و ثابت استئوئید نرمال تا بالا می باشد.

نکته: به پروتئین ها و پروتئوگلیکان های استخوان (کلاژن، استئوگلیسین، استرپونین) استئوئید گفته می شود. استئوئید توسط استئوبلاست ساخته می شود.

نکته: هیدروکسی پروتئین و اسید فسفاتاز، معیار تخریب استخوان است.

- در استئوپروز، ثابت نرمال و ثابت استئوئید کم می باشد و کلسیم، فسفر، PTH و AIKP خون نرمال می باشند. اگر چهار FX شود، AIKP بالا می رود.



منصف غنمیان بزرگرمال

قلب: آریتمی ه نامیده QT در ECG کوتاه می شود چون باعث انقباض می شود.
(کوتاه شدن قطعه ST)
شانس مسدودیت با DIG و HTN هم وجود دارد.

نکته: وقتی سطح سرمی کلسیم بالای ۱۳ باشد، بیمار عموماً علامت دارد است.
فردی که متلاً مشکل معنی دارد ممکن است با کلسیم معادل ۱۱.۵ که کمتر بود.
"درمان هیپرکلسمی"

در هیپرکلسمی علامت دار سطح سرمی واضحاً بالا، باید درمان اورژانسی انجام شود.
خط اول درمان اورژانسی: NS + دیورتیک لوپ است.
داروهای دیگر:

1. Zolendronate (بیمار ذات استخوان استخوانی)
2. فیتروست کالسیم: در بیماران بدخیم مدت ۵ روز تجویز می گردد.
3. سترایکسین: فقط در بیماران که آب سردی ها حوله نمی دهند کاربرد دارد.
4. رابلیکس: در بیماران با RF کاربرد دارد.
5. کلسیم قفس: اثر آن در درمان علامتی می شود. بیمار استخوانی علامت دارد.
6. کورتیزول: در موارد کاربرد دارد که کالسیم ایماو هیپرکلسمی، افزایش VITD یا مسودیت VITD یا سرطان خون باشد.
7. کورتیزول در بدخیم ها اثر محسوس دارد.
8. در هیپرپاراتیریسم، PTH خون عموماً بالا می باشد اما در ۱۰ درصد موارد سطح PTH می تواند نرمال باشد، اما ناقص سطح کلسیم خون می باشد.

نکته: شواهد اختصاصی برای HyperPara عبارتند از:

1. نظرس فلفل رنگ در استخوان حبه (Salt and Paper)
2. OFC (Brown Tumor) در استخوان گنگ و استخوان های دراز:
3. جذب (برازات) زیر پروستیم در سمت دراز و گونگس انگشت دوم
4. اختصاص است ر عدد: گندسته رابال
5. Resorption در استخوان کلاسیک
6. Resorption در انگس انتهای

بهترین درمان هیپرپاراتیریسم علامت دار جراحی است. هیپرپاراتیریسم علامت در موارد زیر جراحی می شود:

Renal Stone / است GFR / Ca < ! واحد بالاتر از حد نرمال / استونی / Significant
هیپرکلسمی

نکته: هیپرپاراتیریسم ثانویه: ثانویه به کاهش کلسیم خون می باشد ولی ممکن است کلسیم خون نسبت اثر PTH نرمال هم باشد.
نکته: هیپرپاراتیریسم اولیه: هیپرکلسمی است ولی در هیپرپاراتیریسم ثانویه کلسیم نرمال یا پایین است.

"علل هیپرکلسمی"
علامت شامل: تشنج، پارستزی، انقباضات عضلات اسکلتی است.
علامت مایمی دردناک: ترسو و تشنج

در ECG: طولانی شدن QT، بزرگ قلب و در بدورت CHF دیده می شود.
نکته: تشخیص علت هیپرکلسمی CRP است پس حتماً باید BUN و CRP چک شود.
در هیپرکلسمی ادرس است تشخیص PTH است.

"علل هیپرکلسمی"
1. هیپرپاراتیریسم: (صدنی، سرفی، هیپرپرگی)

به علت جراحی، هیپرپاراتیریسم Inhibitory (روغن)، هموگلوبین، اکسیداز، اکسیداز و سرطان ناشناختگی خصوصاً تیروئید، سیدم تیروئید، ثانویه به کاهش منیزیم، اتوآمونی و جراحی آید.

اثر موارد هیپرپاراتیریسم علامت جراحی و اتوآمونی است.
نکته: هرگاه Ca^{2+} بالا رود (حداکثر افزایش کلسیم)، PTH را سرکوب می کند، هرگاه Ca^{2+} کاهش یابد، PTH افزایش می یابد.
اما هرگاه کلسیم Ca^{2+} شدید (کنترال $1mg/dl$) باشد، اولاً ترشح PTH مختل می شود، ثانویه به افت های محیطی در PTH مقاومت ایجاد می شود (Ca^{2+} ↓)، K را هم کاهش می دهد.

2. هیپرپاراتیریسم کاذب: صدنی، سرفی، هیپرپرگی (کاذب)
لپا (PTH، Ca^{2+})

I: سندرم کراب (Ia) تشخیص نرم Pseudo است.

تبل روزه نه! بچه کجولو، دست کجولو تا کجولو! شتر تمهه ماس می خوری؟
چاقی قد کوتاه کنه خن تا کلاب و تا ماس کنه
مردس آبلو می خوری (دارم خدش می کنیم)
درستش آکرات HR

تیپ II : اختلال فنوتیپ وجود ندارد

در تیپ Ia معادلت جدیدی وجود دارد (LH, TSH) در سایر تیپ ها معادلت فقط به PTH است. اگر در هیپوپاراتیروئیدی کالرب PTH را قبول نکنیم فنو CAMP ادرار افزایش پیدا می کند و این ارزش تشخیص دارد.

۳. کمبود یا معادلت با VitD : RF ، نارسایی کبد ، عدم مواجهه با آفتاب ، بی تحرک ، غذای معمول روزانه VitD کمی دارد.

تماس پوست با نور خورشید برای تأمین روزانه ویتامین D مهم است.

۴. کاهش AIB ۵. Sepsis ۶. کاهش Mg ۷. افزایش Mg علت

افزایش PTH ۸. به عاملی که منجر به کم شدن شود (افزایش P و مانده Ca)

۹. CRF و ARF : داروی Cinacalcet در دستوره های کلیه دارد و پاراتیروئید غده های کندی توان در CKD به کار می رود و منجر به هیپرکلیسم شود.

۱۰. فاستاز استخوان استیک به Bone (کالسر پروتات و لیسان) کلیه در فنو دارد اختلال می شوند.

۱۱. درمان با VitD در استخوانی

۱۲. با کمالات ۱۳. دارد پس فنونات ، کلس توین ، بنترات ، نورکارت تیرالین سار حاجب و دردی و فلوراید.

۱۴. Hungry Bone Syndrome :

عارضه های پایداری اولیه یا ثانویه طولانی مدت می باشد و معمولاً بعد از جراحی رخ می دهد.

در یک استخوان ، منفرد (Osteitis Fibrosa Cystica) ایجاد می کند. وقتی پاراتیروئید پروتات می شود ، PTH انت می کند. پس استخوان تمام کلیه را مسخره جذب می کند و در استخوان رسوب می کند پس این سوراخ های کاهش می یابد. این حالت در چند روز اول بعد از جراحی رخ می دهد.

در استخوانی طولانی مدت پس از هدست تجویز VitD عین اتفاق رخ می دهد.

۱۵. فنوئال : چون با Ca مانده توان را کاهش می دهد.

نکته : در های پایداری اولیه ، AIKP فنوئال نهال است چون کاهش استخوانی است.

اگر دچار OFC شوند یا Fx پیدا کنند ، AIKP افزایش می یابد. نکته :

در بیمارانی هیپوپار ، فم فعال VitD می شود چون کمبود سخت دارد و زن PTH ، فم فعال را کاهش می دهد.

" درمان هیپوکلیسم "

در هیپوکلیسم علائم باید در حال افزایش انجام شود :

- این ۲ دمال کلیه مکررات + سبب اتوزوئین Ca در محل رگستر د/ نکته : اگر علت هیپوکلیسم ، PTH باشد - Ca می دهیم.

درمان رازدنت به عامل زمینه ای بستگی دارد :

CRF : Ca + فم فعال VitD

- هیپوپار : Ca + " " "

● نکته : چون در PTH پائین تولید ادها مثل است ، PTH در درمان هیپوپار کارایی ندارد.

- بیداری کبکی : Ca + ۲۵ هیدروکس VitD

- حذف در درمان هیپوپار :

۱- کمترین در Lower limit نهال (۹-۸۱۵) قرار گیرد.

۲- فنو حدود ۴ مایع باشد.

- وقتی Ca تسبیج شود ، Ca ادرار زیاد می شود ، چون PTH کم می گردد. سایرین

باید در بگیری ، کلیه ادرار حب شود.

- اگر Ca ادرار خیلی بالا باشد ، باید نیاز به داده شود تا نش Renal Stone کاهش یابد.

- تجویز PTH در درمان هیپوپار تیروئیدی کارایی ندارد.

نکته : اگر حمله هیپوکلیسم ، هیپوکلیسم هم وجود داشته باشد ، این دفع چهار

است چون از بروز تشنج جلوگیری می کند. در این حالت باید اصلاح Ca تس از ۱۰ می شود.

- آکالوز ، کلیه نوزید را کاهش می دهد. اسیدوز ، کلیه نوزید را افزایش می دهد. سایرین اگر در هیپوکلیسم ، بیمار اسیدوزیک باشد دفع چهار می باشد.

- رژیم پروتئین باعث افزایش GFR می شود. با افزایش GFR ، دفع

برماره این از جمله کلیه افزایش می یابد و نش Renal Stone افزایش می یابد.

- دوز ماکدولوزیک کلس توین ممکن است کلیه خون را کاهش دهد.

آرنا ۹۳ : کلیه مکرر هیپوکلیسم و PTH می دهد. صر ۸

الف) معدن لیتیم (ب) هیپوکلیسم هیپوکلیسم مایع

۲. هیپوپاراتیروئیدیسم (۳) هیپوپاراتیروئیدیسم

آرنا ۹۴ : خام ۲۵ ساله بار در استخوانه. راجع سوزش ریخته ،

صفحت عقلتانه راهها نماییات بهنج نیر است. اوقا شصت و شصت

آرنا ۹ (۱۰-۶۰) PTH = ۱۵۰ (۳۵-۴۵) ALKP = ۷۰۰

(۱۰۰-۳۰۰) Ca = ۵۰ (۱۰-۳۰) (۱۰-۳۰) Ca = ۵۰

(الف) استخوانه (ب) هیپوکلیسم (۲۵) (۱۰-۳۰) Ca = ۵۰

ج. اسکن ALBI (د) مکرر فنو در رازدنت

De رازدنت مایع است.

« پازه »

- در بین بیماری متابولیک استخوان بعد از استئوپروز باشد علت اصلی آن ناهلیم است.

- در این بیماری در استخوان استخوانک شک در استخوان رخ می دهد پس تراش استخوانک هم امانه می شود.

- در نهایت استخوان عمدتاً اسکروژیک رهین است.

- در ۲ درصد جمعیت بالای ۵۰ سال و در زنان کمی بیشتر دیده می شود.

- یک بیماری نرین است ولی ایبار فعالیت حیدر استخوانی ندارد است.

- بیشتر استخوان های بزرگ مثل پلوئیس، ستون مهره، جمجمه، تیایا و فوور دیگر هستند.

- یک بیماری فوکال استخوان است در تاندنیک با حیدر استخوان را دیگر کند.

- اکثر بیماریان این علامت هستند. عمدتاً در سن ۵۰ سال است.

بهرت زیر ۳۰ سالگی رخ می دهد.

- عمل در بریس و تراشیک مطرح شده اند.

- در تعداد کمی خایلی در AD است در این گروه بیشتر در مرکز درم شکل دارند.

- اولین ضایعه استخوان تیک است و عمدتاً در جمجمه بهریت استئوپروز.

Circumscripta (را بسته حلق) دیده می شود.

- افزایش کالسیک Out Put و بهریت CHF بهرین دارد.

« نظامیات بالینی و آزمایشگاهی »

در عددان / استئوپروز / فرمیت استخوان و آتیریت تحریک / در درگی اعصاب

کرافال ۹ / دگاش شذایی / Pz با تریزیک / بزرگی استخوان جمجمه می شود

* نشانه های خالی و دگاش / درم / نظامی / کاش / ناهیه کزایا و اهرت

کاش / آجایی / علامت دارند هستند، بیشتر با درم راجعه می کند.

* AIKP و افزایش حیدر کسج می رین وجود دارد.

اگر AIKP استخوانی را چک کنیم، حساب آن بیشتر از AIKP توانا

است ولی Ca و PTH معمولاً نرمال هستند (گاهی کلیم بالا رود)

استخوانکسین اغلب طبیعی است و لذات جفن مناسب برای اوزنایی

بیماری به شارمی رود.

ممکن است افزایش اسید ایدیک و فوس ریح دهد.

- در XRay به استخوان خزان ظاهر تیک و اسکروژیک دیده می شود.

- در اکسین انریوژپ، افزایش جعب و علت افزایش فعالیت استئولاست

وجود دارد برای تقیین محل درست درگرمی هم است.

- برای Dx، سازی به بویس می باشد و رنن بویس از استخوان تحمل وزن

خط ناک است چون ممکن است شکند.

- در بیماری که جمجمه درگیر است (اپیوتری برای بررسی وضعیت شذایی این شود.

- بدترین عارضه پازه، اضافه شدن سارکوم (استئوسارکوم) است که در کمتر از یک درصد

بیماران رخ می دهد ولی این خطر ۱۰۰۰ برابر جمعیت نرمال است و شش تیرین علت

مرگ بیماریان است.

- در موارد زیر به امانه شدن سارکوم به پازه فکر کنید:

۱- Pathologic Fx

۲- افزایش ناگهانی AIKP

۳- توده حیدر در استخوان یا بافت نرم

۴- افزایش ناگهانی درد.

« درمان »

درمان ۱- دارویی

۲- غیر دارویی

دارد: سکن + بس مسدودات Ca + VitD

استامینون NSAID

زولندورنات از همه قویتر است

- نکته: AIKP باید استار سیم هر ۲-۳ ماه بس از درم یک شود

* حذف از درم: نرمال شدن AIKP است.

از کلکس ترنس هم می توان استفاده کرد. مقداری اثر ضد درد دارد ولی ضعیف است.

له ردگانی به کاری در که قالدوم در نهایت بس مسدودات سید (GFIR ۲۵)

* اختلالات پیری آرتریکولر *

* بورسیت

۱- بیشترین نوع = بورسیت ساب آکرومیال (ساب دلتوئید) می باشد که ناشی از حرکات مکرر اندام فوقانی در بالای سر می باشد و اغلب توأم با تاندونیت روتاتور کاف می دهد.

۲- بورسیت تروکانتریک

• سبب: بروز درد در تراسال هلیپ و قسمت فوقانی ران می شود.
• تندتر شدن در حلقه تروکانتریک بزرگ وجود دارد.
• اکثرال روتیشن و ابدالشن باید در هلیپ سبب بروز دردی شود.

۳- بورسیت اولکرالون

• ناشی از ریدی این بورس (قسمت خلفی ران) دچار التهاب حاد شده است.
• باید با چاقو دهن بورس را وسیع کرد و به جهت کمبود حرکت + برکسی که تحمل نمی آید در دست ارسال کرد.

۴- بورسیت آسین

• به علت overuse تاندون رید پوئید نشین می گردد و سخت می گردد.

۵- بورسیت پنجه خاکی = Anserinus

• التهاب بورس راتاتور پوس است که در قسمت میانی قوس در دست زیر تاندون مشترک قرار دارد و به سبب سایش میانی **میخاز** رانو هنگام نشست و برخاست درد که است و با زدن از پدید می آید.

۶- بورسیت بره یا تالار = Moxmaid's knee

• ناشی از التهاب بورس بین کشک و پوس است که به علت زانو زدن در مسطح سخت بروز می کند.
• Δ حواسان به تراس و عفونت هم باشد.

۷- بورسیت خلف کاکانوس

• محل درد = ثقیب یا نشاند + توهم در قسمت میانی یا تراسال تاندون
• اختلالات همراه: اسپوندیلوآرتروپاتی، RA، نفوس، ستروما

جمع بندی تمرکی:

- ۱- بورسیت اولکرالون
- ۲- بورسیت خلف کاکانوس
- ۳- بورسیت بره یا تالار

* درمان بورسیت ها:

- بیگیری از وضعیت تشدید کننده.
- تجویز NSAID
- تزریق موضعی کورتون

• خانه ییوهای دارویی: مهم ترین دسته های دارویی عبارتند از کینولون ها، گلوکوکورتيكوئیدها، ماکرولیدها، آکروفاکاز و آنتی بیوتیک های اندام یکسان بوده تاندون آبیول بیشتر گرفتار شده و علاج بالین شامل درود و تاندون استخوانی می باشد و با داروهای مریض می کنند. در صورت شک تشخیص دارو باید قطع شود و عوارض استفاده نشود.

* تاندونیت روتاتور کاف

• علت اصلی درد شانه است.
• بیشترین تاندون مبتلا، سوبرا اسپناتوس است که احتمالاً ناشی از تکرار می شود.
• پس سر کتخوان بازو و سطح تحتانی آکر میون و همچنین کپسول جرابی خون آن حین ابدالشن بازو می باشد.

• بیمار از درد مبهم و غیر ناگهانی شکایت دارد که می تواند باعث کاهش تحمل و فعالیت شود.
• نشانه های جاری معمولاً به دنبال استفاده بیش از حد از تاندون میوزی می باشد به ویژه: دنبال فعالیت هایی که با بالا آوردن بازو همراه با درجایی از غلظت، جابجایی سر که در درجه در حاشیه، تندتر شدن حرکت تراسال سر کتخوان و در دست زیر آکر میون وجود دارد.

• حین ابدالشن بازو، درد در محدوده حرکتی 120° - 60° ایدار می شود.

• درمان: استراحت + NSAID + تزریق کورتون + فیزیوتراپی

* تاندونیت کپسول

• به دنبال رسوب هیالین و آبیت داخل تاندون می دهد.
• شایع ترین تاندون: سوبرا اسپناتوس

• تشخیص: مکن است سبب محدودیت انتخاب حاد در تکرار درد شود و با تاندونیت کپسول دلی گاهی ممکن است بدون علامت باشد.

* تاندونیت وایدی سر پند های عصب

• در التهاب حاد، درد در قسمت قدس شانه می آید و با مین عصب در سر و دهن رعد تیر می کشد. ابدالشن و روتیشن بازو در درج و محدود است.

• تندتر شدن در سر پند های عصب وجود دارد.

• Vergason sign: با کشش تاندون ساعد و عصب سوسینا میون در حالت رانگی ممکن است درد ایجاد شود.

• با رگی حاد تاندون میار درد که است اما در از راس گاهی درد آن است و از توهم با دیدار عصبه دیگر که از طریق روتیشن سر پند عصبه ایجاد می شود.
• Popeye sign: تشخیص داده می شود.

* کپسولیت چسبده = Frozen shoulder

• مشخصه آن درد و محدودیت تمام حرکات آکرومیو در مفصل شانه می باشد.
• علل زمینیه ساز آن من این موارد است: بورسیت، تاندونیت شانه، COPD

DM, DM

• اغلب در زنان بالای 50 سال می دهد. درد و خشکی شانه معمولاً تدریجی بروز می کند و اغلب درد شبانه نیز وجود دارد.

• تشخیص: با سنجی است اما تشخیص قطعی با آرتروسکپی است که می تواند در مانیتور باشد.

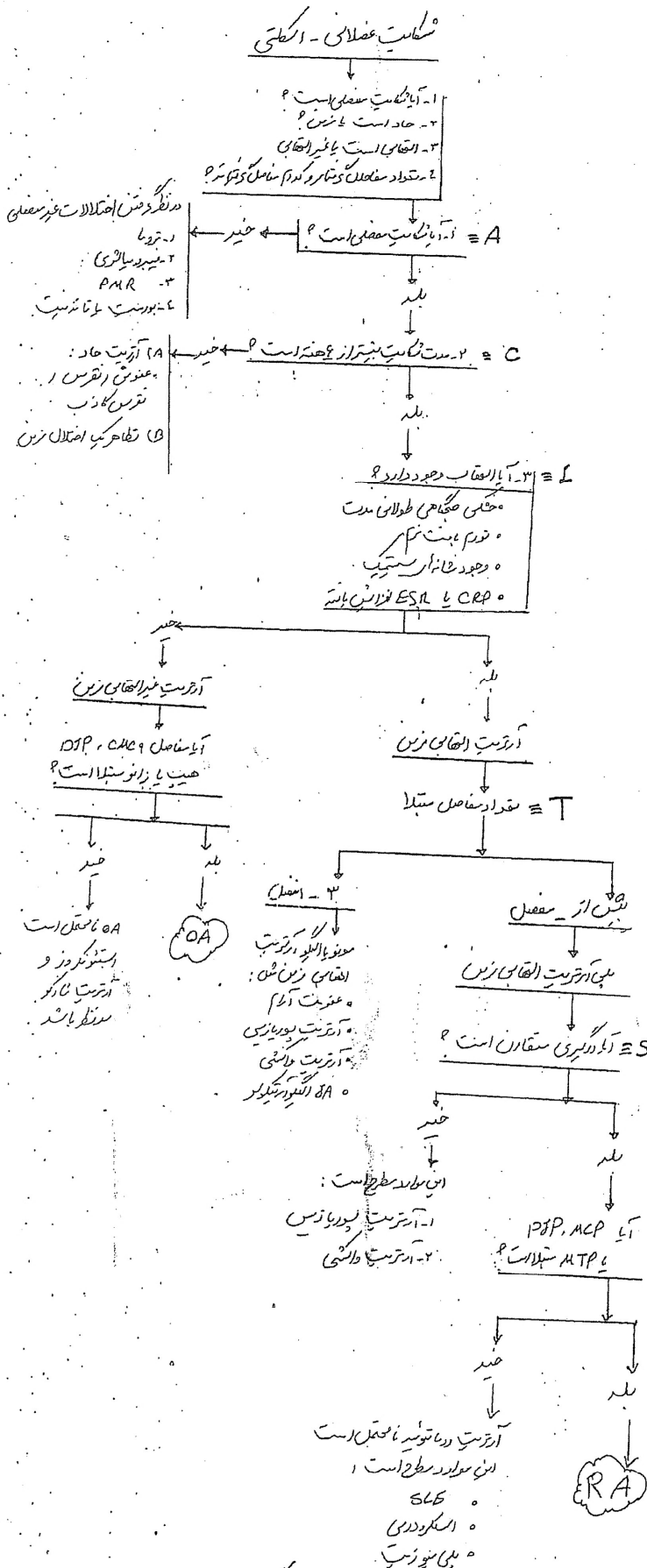
• مورد توجه: ارتوپد است.

• غالباً طرف چپ - آرتروگنودا میوزی یا میوزی اغلب حاوی محدودیت حرکتی مابقی می باشد.

• مهم ترین طولانی مدت بازو در دیدن این اختلال نقش دارد اما سبب حرکت کردن زودتر بازو به دنبال مدینه می می تواند حاوی دیدن این بیماری را بگیرد.

• اساس درمان: فیزیوتراپی است. از تزریق موضعی کورتون و تجویز NSAID نیز استفاده می شود.

* رویداد به اصطلاحات معنوی و عقلانی - اسطوری *



ACITS برائے ترتیب اللوریم بالا :

A C L T S
Articular chronic Inflammatory تقيود symmetric
or non- or acute or not تقيود or not

* اپنی کنڈ پلٹ خارجی = آج تفسیر بازان

درد از محل اتصال نافه و دای اکسترنال می شکند - این نند میله خارج نشا و بسته می تواند
به ساعد و پشت بچ دست حیرت کند
درد حین سوئیا سیل و اکسترنال ایجا دی شود و از حین این حرکت با سادست
مواجه شود ، درد تشدید می شود
در ساردی نه درد تشدید است از $slab$ با آن در وضعیت کلین ۹۰° استاده
گذرد و با شد و در یک نقطه شکرز باشد ، تزریق کورتون ایجا می شود
بسی از تزریق حاد می - مدت یک ماه مایه از غلظت های که باعث افزاین بار
و درد بر آید می شود خود داری کند

✽ اپنی زندگی بہت راحت تھی

[illegible]

همچنانکه برخاستن از خواب و یا پس از عدم فعالیت طولانی در روز در دستگیر است
و معمولاً با انجام فعالیت‌های weight bearing در طول روز، عضلین می‌باشد و فقط با
فعالیت مداوم بهتر می‌شود. همچنین برای رشتن با پای پرهنه یا بالارفتن از پله‌ها
سخت‌تر می‌شود و در دستگیر می‌شود.

درست جا دارند در لایه‌های مختلف از زمین که در دلتا رسوبات
تخته‌ای است و چون به هم نمی‌چسبند و آب گداز می‌دهند در آنجا
مردمان کوهستانی را که در آنجا ساکن شده

تحت ستمین که از اثراتی در بخش تحتانی می باشد

۱. مکتوب است با نام **مکتوب** و موضوع آن **مکتوب** است.
 ۲. در این مکتوب **مکتوب** که **مکتوب** است، **مکتوب** است.
 ۳. در این مکتوب **مکتوب** که **مکتوب** است، **مکتوب** است.
 ۴. در این مکتوب **مکتوب** که **مکتوب** است، **مکتوب** است.
 ۵. در این مکتوب **مکتوب** که **مکتوب** است، **مکتوب** است.
 ۶. در این مکتوب **مکتوب** که **مکتوب** است، **مکتوب** است.
 ۷. در این مکتوب **مکتوب** که **مکتوب** است، **مکتوب** است.
 ۸. در این مکتوب **مکتوب** که **مکتوب** است، **مکتوب** است.
 ۹. در این مکتوب **مکتوب** که **مکتوب** است، **مکتوب** است.
 ۱۰. در این مکتوب **مکتوب** که **مکتوب** است، **مکتوب** است.

27

* درد حسیب

• بهترین راه ارزیابی حسیب، شعله روزه رفتن بیمار در زیرای و سنجش معنی است.
• درد ناشی از مصلی حسیب کمتر شایع است و درد آن شایع، قدم و روی گنگامان انگشتان است که گاهی می تواند داخل کتله ران تیر بخشد.
• شایعترین علت درد ناشی از آرتریت در اثر تیر خوردن لوبوسیکال مایه است.
• درد ناشی از آرتریت انگشتان، ندرت در درازن حسیب و تقلید کند و اغلب دردی است که محدود به شاله ران یا بخش قدایی ران می باشد و با آنتن حسیب ندرت می شود.

* بررسی های آزمایشگاهی

• اندیکاسیون اندامی آزمایشگاهی:

- 1- مولد آرتریت
 - 2- موارد درد مایه یا التهابی
 - 3- تغییرات عصبی یا ظاهرات سیستمیک بیماریهای خطرناک
 - 4- اختلالات مزمن (به بالا)، خصوصاً وقتی که در درازن اولیه عصبی یا شایع نداده باشد.
- سطوح نرمال اسید اوریک:
- 1- در مردان کمتر از 8.6
 - 2- زنان کمتر از 6 (به علت اثرات اوریکازیک استروژن)
 - 3- کمتر از 7.5 در افراد پاد 24



CCP - Anti - RF (اندازه RF برای RA خاص است و این اختصاصی است)

ANA - آنتی آنون با خاصیت بالاد در یک کم برای SLE است
* الگوهای مختلف ANA:

- آنتی هستون چه علاقه رلوپوس در لوبوس ناشی از دارد دیده می شود.
- از الگوهای مشترک می باشد. Drug history \equiv Drug History
- ds-DNA - Anti - در 90٪ موارد رلوپوس دیده می شود و این برای آن اختصاصی است. بهدالوی سطحی ضعیف تر می شود.
- Anti - speckle - در 50٪ موارد رلوپوس دیده می شود و این هم اختصاصی است.
- Anti - RNP - در 90٪ موارد MCCTD دیده می شود.
- آنتی سانتر در اسکور درسی محدود (CREST) و در اسکور صفراوی اولیه دیده می شود.
- آنتی هک در اسکور درسی منتشر در سوزیت کراتانی دیده می شود.

* مایع سینوویال

• اندیکاسیون آنتی رلوپوس مایع مصل:

- 1- مولد آرتریت حاد
- 2- کتله آرتریت حسیب
- 3- ندرت آرتریت ناشی از کتله

• مایع مصلی نرمال: شفاف، کاهی رنگ، مومک + چسبده

• مایع سینوویال غیر التهابی: شفاف + زرد کاهی، $WBC < 2000 / \mu L$ با ارجحیت گند مایه
= و دیگوزیت آن در 50٪ در درازن حالت طبیعی آن است

* مایع سینوویال التهابی:

• کدر در درازن است $WBC: 2000 - 50000$ و با ارجحیت PMN دارد و دیگوزیت آن کاهش یافته است.

* مایع سینوویال سنجیده

• کدر در درازن است $WBC > 50000$ با $PMN > 75\%$ دارد و دیگوزیت آن پایین است.

RA - ندرت و ندرت این الگو را تقلید می کند

• تشخیص افتراقی مایع سینوویال خون:

- 1- هارتر در 2- آرتریت نوزاد با کتله 3- کتله لوبوسیکال

* چگونگی از تصویر برداری:

• بررسی با رادیو نوکلید، برای تفریق التهابی از کتله بسیار خاص است و در آن آن کتله است.

• کتله MR ارجح است.

• اختصاصیت پایین، امکان دارد که در آن لکه بررسی شده به ناز آن خودی و یا زده رختخوابی محدود کرده است.

• از رکن گالیم جهت تشخیص و عصبی با عصبیت از سنجش استفاده می شود.
• MR، طور سوده جایزین آنتن WBC نادر است و در مواردی که عصبیت مفاصل معنوس در نظر باشد.

MRI در بین درازن اولیه غرض آرا سکولار است و در حقیقت در حقیقت ر نیز موارد مشکوک به بیماری است یا رد آن کتله، روش انتخابی است این روش، روش رکن برای کتله به بیماری من ظهور و مولد شدن به رادیو نوکلید و عصبیت کانال نخاع است.

• در تشخیص کتله سینوویال، خصوصاً کتله کتله، از سوزن استفاده می شود.

تذکرهٔ اسیدهای کربنیک برای کنترل فشار ۵۰۰ هیپ و وزن ۱۰۰ کیلوگرمی منسوب اما هنوز
شخص نشده است. آیا واقعاً فائز از این اسید بیشتر باشد.

* حیدر علی خان وردی

۱. نهاده اگر کمتری شناسید بین علت ناقصی در افراد زیر می باشد
 ۲. رادیکال و پستی، یک علت تابع در گذر و زمان و از هر یک، بعضی در سوان و بعضی
 ۳. از آنجا که ریشه در بعضی ناحیه های غیر حیطه ای و باطل که آن شخص طریقی می زند
 ۴. بهر حال آن آسیب جسمی ناشی از تفتیب نیست پس باید و چنانچه علاقه بر شما
 ۵. می تواند که در تفتیب تحت تاثیر قرار دهد
 ۶. نویسنده این بولتون می گوید که در روز دوازدهم

درد در اجامی به کمر
درد ناشی از این می کشم با منی است و اغلب درد این نوعی خود را با درد کمر
و وجود درد را با هم فقط در کمر می زیجا پس منور اجا معولا تحت تاثیر
posture بدن قرار می گیرد -

[illegible]

* شرح حال بیمار دردی
بیمار دردی التهای، خطاب شش بخیر، دردی شود تا سینه، عازا از فرود در سینه دردی شود.
دردهای دردها آخر تر شود. AS
• رادیکولوپاتی: هر چیزی که باعث کشش عصبی شود مغز، پرور دردی شود (سنگ، رادیکس)
و هنگام استودن و خم شدن کشش می یابد

مردای عربی بیشتر از درد ساق شکایت می کنند. در شروع راه رفتن شکایت ندارند ولی به تدریج درد شروع می شود و فلکس پیدا می کند.

نشی امان : همیشه بود دارند مگر وقتی که نور در دگر از پس می رود : مثل وقتی که در

مکرور بنامش از اسامی عربی: شرح حال از چهارگزید بن در دست نصیب ناهنجاری در حد
چشم حلال و خاسته نکتۀ واقعی ندارد

دایکولو پاتې لومړیو ساکرال - خصوصیات نورولوژیک (جدول سیارسم):						
	پشه‌های عصبی	موسوساکرال	رفلکس	حسی	حرکتی	یافته‌های بالینی
1			-	قسمت قوفانی قدامی ران	پسواس (فلکسیون هیپ)	قدام ران
2			-	قسمت تحتانی قدامی ران	پسواس (فلکسیون هیپ)	قدام ران، زانو
3				چهارسر (اکستنسیون زانو)	چهارسر (اکستنسیون زانو)	
4			چهارسر (زانو)	قسمت داخلی ساق	چهار سر (اکستنسیون زانو) ^b	زانو، قسمت داخلی ساق
					اداکسیون ران	قسمت قدامی خارجی ران
5			-	سطح دورسال پا	پروئنی (اوربسیون پا) ^b	قسمت خارجی ساق،
				قسمت خارجی ساق	تیبیالیس قدامی (دورسی فلکسیون پا)	پشت پا، پختر، خلفی
					گلوتئوس مبدیوس (ایداکسیون هیپ)	خارجی ران، نیم‌نگاه
6					گلوتئوس مبدیوس (اکستنسیون پلانتار پا) ^b	پشت پا، خلف ساق
7	گاستروکنمیوس			سطح پلانتار پا	گاستروکنمیوس / سولئوس (فلکسیون پلانتار پا) ^b	پشت پا، خلف ساق
8	سولئوس (مچ پا)			سطح خارجی پا	ایداکتر شست یا (اکستنسیون پلانتار پا) ^b	خلف ران
					گلوتئوس ماگزیموس (اکستنسیون هیپ)	

* ۱۰۰ سید رفیع زانو است یعنی چار زانو

وَقَدْ كَانَ كَذَلِكَ بَيْنَهُمَا مِثْقَالٌ فَذُكِّرُوا إِلَى يَوْمِ الْاٰلِآءِ اٰلَا تُذَكَّرُونَ

L_3

• در سال جراحی .
- اندک مسوول آرترو پلاستی تمایل در زانو و هیپ :

باقی مانندین درد عریض غام اقدامات طبی + محدودیت در فعالیت فیزیکی + محدودیت
لنفس کشیدن + بیقرار تحمل شده باشد + مختل است سرزندگی است

- در بیماریان مبتلا به OA زانو محدود به همبستگی مدیال، اعمال جراحی جهت اصلاح mal alignment و کاهش فشار وارده بر مدیال زانو می تواند درد و محدودیت حرکت

- بازسازی غضروف \rightarrow abrasion arthroplasty

باید در اصل اولی ای ک شود و هنوز قطعی تأثیر آن ثابت نشده است!

11. 524 NSA7D, *

• جهت اطلاع ترافیک دارایی سایت www.dastak.com عزیزان با
 021-84541000 (فقط امور روزانه در سیم کارت) در تماس باشید.

• کتب- لاهن عوارض گوارشی د NSAID بن از غذا مغز نشتر
تاندوم NSAID نام نه شسته

NSAID در رشتن کمتر از نظیر استیروئید (ایمپرووین)

۱۰. کم خطر ترین MS Agent از نظر قتل = عربی = نامزد کین

از نظر گوارشی جزو پخش تر به حساب می آید

حاجی آغا: مراتب کمزاست اما من توانمده سحر شب بوسی ایجاب کردند
یا دردی از دست زدند:

در این کتاب ۳۵۸۱۹۰ فصل دارد ، بیشترین اثرمند الحاقی درجوطه استند تا سلسله
و بیشترین اثرمند درجوطه کفورد لاک (تجارت خردی معهود) می باشد

بقية الزمره ارباع ارباع 93 دروسه اربعه زمره. لکایه لکایه. زیر ارباع

۱) در این هاس (اینو صریح) تقویت کننده عضلات بدون حرکت

حرکت نفیست و دانستاید زانو در حال ستاد
سنگ ستاد در حال ستاد و دولت کند

و درین جزایر و سرزمین غیر فارسی (که استرالیه) که با سه مملکت آلمان و روسیه
 (مثل هندوستان آنگلیه و استرالیه آلمانی) و در زمین های شمالی تر

94 دواں مدار OR قبل از شروع درجہ بدرجہ کثرت سے نمودار

نه - ضعیف و معلول است. در درازنای او سرش را بر زمین می‌کشد و درازنای او را درازنای خود می‌داند.

من * دست * حبيب * دست * و
 حبيب * دست * حبيب * دست * و
 حبيب * دست * حبيب * دست * و

دستور و هیئت از جامه ای بسیار نازک
نام از دست

خون تست کردن از جهت OA و در رنگ ۹۳
 کدام جلد در مورد تست جراحی در مورد رادیولوژی
 نزدیک به صحت غیر بار ۹۳
 (الف) انجام جراحی است و در صورت حرکت میروند
 (ب) انجام جراحی است و در صورت عدم حرکت میروند
 (ج) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (د) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ه) اگر بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (و) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است

آرتر ۹۴: هر دو حالت است و در ریه ریه است
 (الف) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ب) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ج) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (د) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ه) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (و) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است

آرتر ۹۴: خانم ۳۵ ساله با سابقه بیماری یک قلب و ریه
 (الف) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ب) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ج) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (د) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ه) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (و) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است

آرتر ۹۴: خانم ۳۵ ساله با سابقه بیماری یک قلب و ریه
 (الف) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ب) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ج) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (د) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ه) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (و) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است

آرتر ۹۴: خانم ۳۵ ساله با سابقه بیماری یک قلب و ریه
 (الف) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ب) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ج) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (د) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ه) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (و) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است

آرتر ۹۴: خانم ۳۵ ساله با سابقه بیماری یک قلب و ریه
 (الف) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ب) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ج) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (د) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (ه) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است
 (و) در صورتیکه بیمار خواب ندارد و در ریه ریه است

* اختلالات پیری آرتیکولر *

* پوروسیت

۱- بیشترین نوع = پوروسیت ساب آرتو میال (ساب رتوئید) می باشد که ناشی از حرکات مکرر اندام فوقانی در بالای سر می باشد و اغلب توأم با تاندونیت روتاتور کاف می دهد.

۲- پوروسیت تروکانتریک

• منجر به بروز درد در تروکانتریک و قسمت فوقانی ران می شود.
• تندتر شدن در حلقه تروکانتریک و وجود دارد.
• اکثرال روتیشن در ابدان با پوروسیت منجر به بروز دردی شود.

۳- پوروسیت اولرکرون

• ناشی از ریبی این بورس (قسمت خلفی آرنج) دچار التهاب حاد شده است.
• مایع داخل بورس مملو از سبوسه که در قسمت کمری حرکت + برکری که تروکانتریک در ابدان ران می دهد.

۴- پوروسیت آسپل

• علت overuse تاندون ریبوئیدین ناشی از تکرار و سخت برداشتن

۵- پوروسیت پنجه خاکی = Anserinus

• التهاب بورس روتاتور کاف است که در قسمت میانی قیاس در قسمت زیر تاندون مشترک قرار دارد و منجر به التهاب می شود.
• هنگام نشست در حالت دراز است و یا زمانی که از پله بالا می رود.

۶- پوروسیت بره یا تالار = Housemaid's knee

• ناشی از التهاب بورس بین کشک و پوروسیت است که به علت زانو زدن روی سطوح سخت بروز می کند.

⚠️ حواسمان به ترمس و عفونت هم باشد.

۷- پوروسیت خلف کالکانوس

• محل درد = قیاس پاشنه + توهم در قسمت میانی یا تروکانتریک تاندون

* اختلالات همراه: اسپوندیلوآرتروپاتی، RA، ترمس، تروما

جمع بندی ترمس:

۱- پوروسیت اولرکرون

۲- پوروسیت خلف کالکانوس

۳- پوروسیت بره یا تالار

* درمان پوروسیت:

• بیگیری از وضعیت تشدید کننده.

• تجویز NSAID

• تزریق موضعی کورتون

• خانه یو یو های دارویی: مریضین دسته های دارویی عبارتند از کینولون، گلوکوکورتیکوئیدها، ماکرولیدها، آروفاکاز و آنتی بیوتیک های اندام ممکن بود که تاندون آسیب ببیند و منجر به پارگی شود. علاج بالینی شامل دور نگه داشتن از فعالیت های سنگین و یا انجام فیزیوتراپی است. در صورت شک تشخیص داده باید به قطع شود و در صورت استفاده به روش

* تاندونیت روتاتور کاف

• علت اصلی درد شانه است.
• بیشترین تاندون مبتلا، سوبرا اسپیناتوس است که اختلال ناشی از تکرار کردن حرکات شانه سرگردان باز و بسته شدن شانه می باشد و همچنین کاهش جریان خون آن است.
• ایدل شدن بازو می باشد.

• بیمار از درد مبهم و غیر نافذ شانه شکایت دارد که می تواند باعث کاهش دامنه حرکتی شانه شود.
• نشانه های جاری معمولاً به دنبال استفاده بیش از حد از تاندون بازو می باشد به ویژه: دنبال فعالیت هایی که با بالا آوردن بازو همراه با درجایی از غلظت به خصوص سرگردان در شانه، تندتر شدن در قسمت تروکانتریک و روتاتور کاف و در دست زیر آرنج و در جبهه دارد.

• حسی ابدان بازو، درد در محدوده حرکتی 120 - 60° با بازو می شود.

• درمان: استراحت + NSAID + تزریق کورتون + فیزیوتراپی

* تاندونیت کپسول

• به دنبال روتاتور کاف می باشد و باعث کاهش دامنه حرکتی می دهد.

• نشانه های شایع: سوزش، سوزش، سوزش

• هنگام کشیدن شانه است منجر به پارگی التهاب حاد در ترمس در دست و بازو می شود.
• ولی گاهی ممکن است بدون علامت باقی ماند.

* تاندونیت وایدی سرعنه های معین

• در التهاب حاد، درد در قسمت قدامی شانه می شود که با مین عفونت در سر و داخل روتاتور کاف می شود.
• ایدل شدن بازو در دست و بازو می شود.

• تندتر شدن در قسمت تروکانتریک و روتاتور کاف می شود.

• Vergason sign: با بلند کردن شانه در حالت روتاتور کاف می شود.

• ۹۰° فکس است، درد بازو می شود.

• باورگی حاد تاندون بسیار در دست است که از دست می دهد و درد دارد است.

• دانه توهم با پدیدار عفونت در سر که از روتاتور کاف می شود و در دست می دهد.

• (Popeye sign) تشخیص داده می شود.

* کپسولیت چسبیده = Frozen shoulder

• مشخصه آن درد در محدوده تمام حرکات آرنج و دست در مفصل شانه می باشد.

• علل زمینه ساز آن می باشد این موارد است: پوروسیت، تاندونیت شانه، COPD

• DM

• اغلب در زنان بالای ۵۰ سال می دهد. درد در حلقه شانه و بازو می شود.

• اغلب درد شبانه بروز می دهد.

• تشخیص بالینی است اما تشخیص قطعی با آرنج می باشد که می تواند در ران می باشد.

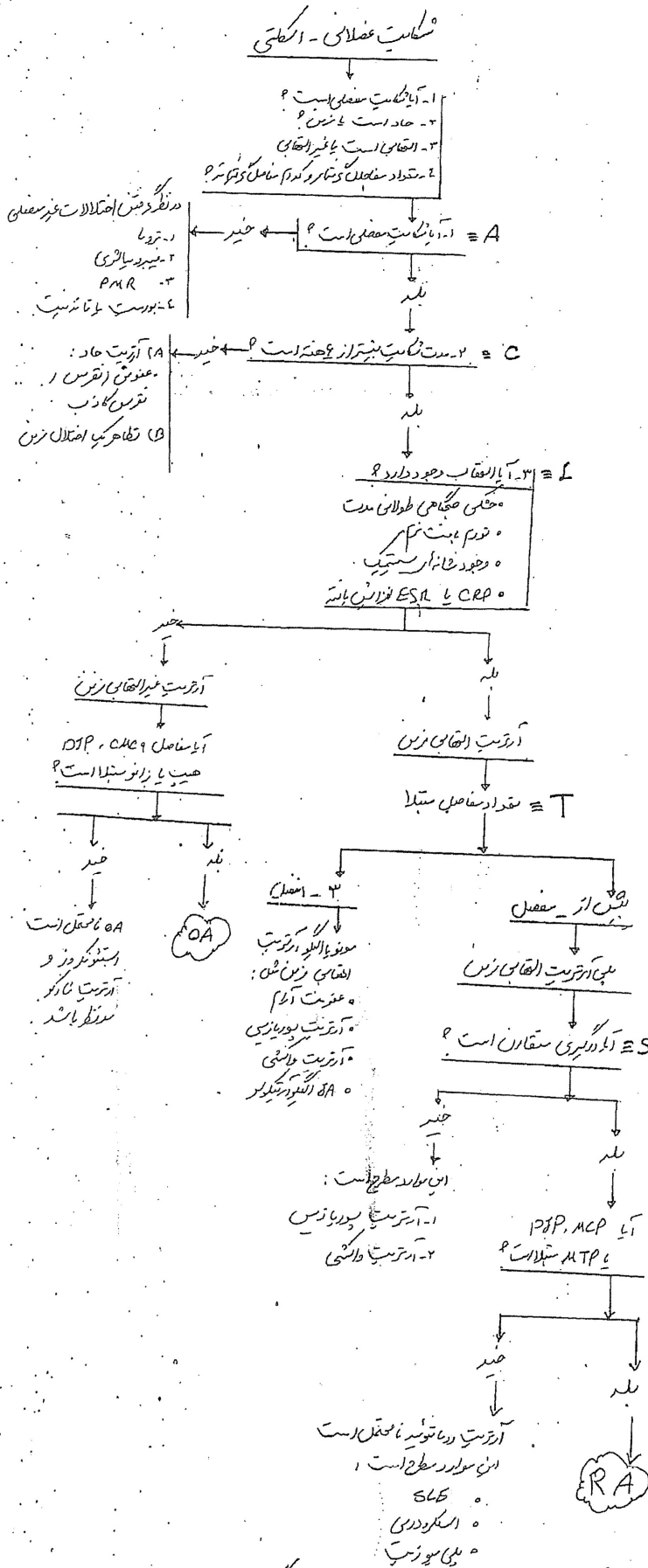
• سر توهم از روتاتور کاف است.

• غالباً ظرف ۱-۳ سال خود بخود بهبود می یابد ولی اغلب بعد از مدت کوتاهی باقی می ماند.

• فیزیوتراپی: در دست بازو به دنبال محدودیت حرکتی شانه می باشد که با فیزیوتراپی می شود.

• اس اس دیان، فیزیوتراپی است. از تزریق موضعی کورتون و تجویز NSAID نیز استفاده می شود.

* روبرو درجہ اختلاالات معضلی و عضلاتی - اسکلتی *



یعنی قانون ACTS بری ترتیب اللوریسم بالا :

A C L T S
Articular chronic Inflammatory تقارن symmetrical
or non- or Acute or not or not

* اپنی زندگی بابت خارجی = اربع نفس بازاں

درد از فعل اتصال تا نه نه می آید که شور می شتر است ای نندیل خاکی من است و خسته می تواند
به ساعد و پشت میج دست خیر باشد
درد حین سوختن است و استخوان را می شود و اگر حین این حرکات با ساعد دست
مواجه شود، درد تشدید می شود.
درد مفاصلی که در دست دیده است از slings یا آتل در وضعیتی که مفاصل ۹۰° افتاده و در
آن درد حاد باشد و در یک نقطه شترتر باشد، از مفاصل کوبه تون (ای) می شود.
سپ از تر مفاصل حد اعتدال است که ماه باید از فضا است و می که باعث افزایش بار
و درد در آن می شود خود داری کند

✽ اپنی زندگی میں

درد در تحت مدیال آرنج است نه به ساعد تیری اند
علت آن حرکات مکرر پروانه ای و منقبض می باشد نه در برابر انقباض است
نیز وجود دارد - عمدتاً مقلو که ای را دایلیس در کمر می خورد
در آن ابتدای اقدامات یا حفظ کار و این در تحت تراش کورتون ، آنتن باقی
جراحی می باشد

* خافیه بلاتار - در تقسیم بر وجه تقطعاته اندک سیم را در کورتون خافیه کشایم
علت شایع درد پنجه یا در بر لال است
درد در زدن اتصال غاسای بلاتار - به توبه و زدن مدیال کالکافوس است ای سیم

* عوامل خطرناک: حقایق ، کف پای صاف ، Pes Cavus ، محدودیت در کمر -
فلش کف پا را در استخوان طولانی منقبض ، راه رفتن روی سطوح صاف ، فلش ناسطه
و در دین نبش از حد

چنگا که بر خاستن از خواب و با سپ از غیم فعالیت طولانی روز در صید است
معمولاً با نام های *weight bearing* در طول روز هشت می باشد و فقط با
فعالیت سلامی برتر شود همچنین راه رفتن با پای پرهنه یا بالارفتن از پله ها
تغذیه دردی شود.

درست خوانده اند در لایه دانی عصب تحفیف از ریش می در رویه MRI پس حیات
تشنه است و می تواند هم غم (ش) باشد و اگر کسی بیشتر در فضا باشد
مردمان چگونه می تواند در آنجا باشد

تحت ضغط الدم المرتفع، قد يحدث تضخم في عضلة القلب، مما يؤدي إلى فشل القلب الاحتقاني. كما أن ارتفاع ضغط الدم قد يؤدي إلى تصلب الشرايين، مما يزيد من خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.

۱. کائنات یا عالم نازدیک و دالیاست (۱) در کل زمان آن قسمت نیست
 یا آنکه گسترده است * در دراهم و مین که یکسال یا اسیال ، بالا تر از زمین
 یا در جیاه غیر زمی ها که نازدیک تر است و در میان ، تدریس قسمت است یا
 در دراهم . T_u : این به کوه ، نازدیک است و NSATO : حال است که
 زمین گسترده و نازدیک است و در دراهم

Oxacillin (—) واکلیدین (2) ایندین G
 ایندین هائیر ایندین هائیر

آریتا ۹۹٪ بی خطریم ۵۱ ساله است که از حدود ۵ سال قبل RA داشته
وقت ریختن با استروئید، کورتیزون، MTX بوده است. فعلاً سالیان دراز
است که آریتا، Infliximab نیز به کار میبرد و هنوز و تا کنون هفته قبل
دارای استروئید در دوز ۱۵۰۰ میلیگرم بوده است. در زمانه با آریتا
آریتا / کالکاترول است و کالکاترول ۴۹۰ در روز. کدام آریتا صحیح است؟

(2) اسپرین سفن رلف وایلم کت ختم ترسین سرگ است تریس

۱۰ ایم اسپی اس پی معطله و بیویر سیندو مال سرنگ ریو انتی TB
هرمنز آریت عارضه در RA (بیرون تب مہ تکرار) مادر مرده آریت کولڈ

روز ۱۳۰۳ حیدر از کربلا به بصره رسید و در روز ۱۳۰۴ در بصره درگذشت.
روز ۱۳۰۵ در بصره درگذشت. روز ۱۳۰۶ در بصره درگذشت.
روز ۱۳۰۷ در بصره درگذشت. روز ۱۳۰۸ در بصره درگذشت.
روز ۱۳۰۹ در بصره درگذشت. روز ۱۳۱۰ در بصره درگذشت.
روز ۱۳۱۱ در بصره درگذشت. روز ۱۳۱۲ در بصره درگذشت.
روز ۱۳۱۳ در بصره درگذشت. روز ۱۳۱۴ در بصره درگذشت.
روز ۱۳۱۵ در بصره درگذشت. روز ۱۳۱۶ در بصره درگذشت.
روز ۱۳۱۷ در بصره درگذشت. روز ۱۳۱۸ در بصره درگذشت.
روز ۱۳۱۹ در بصره درگذشت. روز ۱۳۲۰ در بصره درگذشت.

WBC = 18000/mm³ (PMN = 90%, Lymph 10%)
LFT = NL Cr = 1.0 mg/dL WBA = NL
ESR = NL WBC = 9000 PMN = 90%

1. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$
 2. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$
 3. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$
 4. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$
 5. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$
 6. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$
 7. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$
 8. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$
 9. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$
 10. $\text{MRSA} \rightarrow \text{Methicillin Resistant Staphylococcus aureus}$

اررئوس انقحہ سہلہ، غیبہ ۸

[illegible][illegible]

تجزیل آمدن ایندکس lymph و $PMN = 15$ و $ANC = 15$ و $BC = 11$ و $Hb = 11$
 ESR = 2 .
 کدام بخش تحت بررسی است ؟

۱۰) ابرق کنگره
۱۱) ابرق کنگره

رئیس / رئیس - ۹۲ + ۳۵ = ۱۲۷ IV drug abuser

مفعول است نه صلا و کلام است راجع به کلام است. در اسمیه عوضه مانع مفعول است
 اگرچه ^(۱)ی زید است. صواب ترین در اینجا است ؟

(الف) حکومت اسلامی و مسٹر مدلل

(ب) واکنش حاصل

⑤ کدو، اسفند، راسفند، طبله، زرد

(۵) سفر مالکون و اسفند طالع زید